



## Planes Medicare Advantage de Healthfirst: lista de medicamentos de tratamiento escalonado de la Parte B

La siguiente lista de medicamentos no preferidos de la Parte B estará sujeta a tratamiento escalonado, de conformidad con las orientaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). En el tratamiento escalonado se exige que se pruebe un medicamento preferido para tratar una afección médica antes de cubrir un medicamento no preferido. La autorización de las prácticas de tratamiento escalonado para los medicamentos de la Parte B ayudará a lograr el objetivo de reducir los precios de los medicamentos y, al mismo tiempo, que los miembros mantengan el acceso a servicios y medicamentos cubiertos.

Los requisitos de tratamiento escalonado se aplicarán solo a las personas que **estén iniciando el tratamiento** y no a los miembros que en la actualidad reciben de manera activa tratamiento con un producto no preferido (en función de un período retrospectivo de 365 días).

Para la autorización previa con fechas de servicio a partir del **1 de enero de 2022**, exigiremos tratamiento escalonado para los siguientes medicamentos de la Parte B que figuran como productos no preferidos:

Grupo farmacológico	Nombre del medicamento	HCPCS	Estado
Antiinflamatorio	Remicade	J1745	Preferido
	Inflectra	Q5103	Preferido
	Avsola	Q5121	No preferido
	Renflexis	Q5104	No preferido
Antineoplásico	Mvasi	Q5107	Preferido
	Zirabev	Q5118	Preferido
	Avastin*	J9035	No preferido
Antineoplásico	Ruxience	Q5119	Preferido
	Truxima	Q5115	Preferido
	Rituxan	J9312	No preferido
	Rituxan Hycela	J9311	No preferido
	Riabni	Q5123	No preferido

\*Solo para indicaciones oncológicas.

## Planes Medicare Advantage de Healthfirst: lista de medicamentos de tratamiento escalonado de la Parte B

Grupo farmacológico	Nombre del medicamento	HCPCS	Estado
<b>Antineoplásico</b>	Kanjinti	Q5117	Preferido
	Trazimera	Q5116	Preferido
	Herceptin	J9355	No preferido
	Herceptin Hylecta	J9356	No preferido
	Ogivri	Q5114	No preferido
	Ontruzant	Q5112	No preferido
	Herzuma	Q5113	No preferido
<b>Toxina botulínica</b>	Botox	J0585	Preferido
	Xeomin	J0588	Preferido
	Dysport	J0586	No preferido
	Myobloc	J0587	No preferido
<b>Factores estimulantes de colonias de acción prolongada</b>	Neulasta	J2506	Preferido
	Udenyca	Q5111	Preferido
	Ziextenzo	Q5120	Preferido
	Fulphila	Q5108	No preferido
	Nyvepria	Q5122	No preferido
<b>Factores estimulantes de colonias de acción corta</b>	Zarxio	Q5101	Preferido
	Nivestym	Q5110	Preferido
	Neupogen	J1442	No preferido
	Granix	J1447	No preferido
<b>Agentes estimulantes de la eritropoyesis</b>	Retacrit	Q5106	Preferido
	Procrit	J0885	Preferido
	Aranesp	J0881	No preferido
	Epogen	J0885	No preferido
	Mircera	J0888	No preferido

## Planes Medicare Advantage de Healthfirst: lista de medicamentos de tratamiento escalonado de la Parte B

Grupo farmacológico	Nombre del medicamento	HCPCS	Estado
Ácidos hialurónicos	Monovisc	J7327	Preferido
	Orthovisc	J7324	Preferido
	Synvisc/Synvisc One	J7325	Preferido
	Durolane	J7318	No preferido
	Euflexxa	J7323	No preferido
	Gel-One	J7326	No preferido
	Gelsyn-3	J7328	No preferido
	GenVisc 850	J7320	No preferido
	Hyalgan/Supartz FX/ Visco-3	J7321	No preferido
	Hymovis	J7322	No preferido
	Synjoynt	J7331	No preferido
	Triluron	J7332	No preferido
	TriVisc	J7329	No preferido
Agentes inmunológicos	Entyvio	J3380	Preferido
	Simponi Aria	J1602	Preferido
	Stelara	J3357	Preferido
	Cimzia	J0717	Preferido
	Ilumya	J3245	Preferido
	Actemra	J3262	No preferido
	Orencia	J0129	No preferido
Medicamentos para la migraña	Ajovy	J3031	Preferido
	Aimovig	J3590	Preferido
	Emgality	J3590	Preferido
	Vyepti	J3032	No preferido

# Planes Medicare Advantage de Healthfirst: lista de medicamentos de tratamiento escalonado de la Parte B

Grupo farmacológico	Nombre del medicamento	HCPCS	Estado
Análogos de la somatostatina	Somatuline Depot	J1930	Preferido
	Sandostatin LAR Depot	J2353	No preferido
Medicamentos especializados anti-IL5 para el asma	Fasenra	J0517	Preferido
	Nucala	J2182	Preferido
	Cinqair	J2786	No preferido

Para obtener más información sobre el tratamiento escalonado, consulte el formulario (lista de medicamentos cubiertos) de su plan Medicare Advantage de Healthfirst.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios a los Miembros al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132) los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de octubre a marzo) y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de abril a septiembre).

Si es miembro de Signature (HMO) de Healthfirst, llame a su equipo dedicado de Servicios a los Miembros al **1-855-771-1081** (TTY 1-888-867-4132) los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de octubre a marzo) y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de abril a septiembre).

Healthfirst Health Plan, Inc. proporciona la cobertura. Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821)。