

## Requerimiento de Terapia Escalonada para Medicamentos inyectables / dispositivos y Biológicos de la Parte B en Planes de Medicare Advantage Efectivo 1/1/2019

Los Centros de Medicare y Medicaid Services (CMS, por sus siglas en inglés) anuló su memorándum de septiembre de 2012 “Prohibition on Imposing Mandatory Step Therapy for Access to Part B Drugs and Services” y ahora permite que los planes Medicare Advantage (MA) apliquen terapia escalonada a medicamentos administrados por los médicos y otros medicamentos de Parte B. Humana optó por aplicar esta nueva regla, la cual requiere que se ofrezca un Programa de Coordinación de Cuidado para el Manejo de Medicamentos (DMCCP, por sus siglas en inglés) para pacientes elegibles con el propósito de mejorar la calidad de cuidado.

Debido a este cambio reciente, Humana va a requerir la revisión de algunos medicamentos inyectables/dispositivos y biológicos para terapia escalonada además de los requisitos actuales de pre-autorización. Le incluimos abajo el listado de los medicamentos/dispositivos no-preferidos para los planes MA que requieren terapia escalonada con las alternativas de medicamentos/dispositivos preferidas. Para una lista actualizada de estos medicamentos/dispositivos puede visitar ([www.humana.com/PAL](http://www.humana.com/PAL)).

Este nuevo requisito de terapia escalonada no estará aplicando a pacientes que ya estén activamente recibiendo tratamiento con un medicamento no-preferido (tenga una reclamación pagada de un medicamento dentro de los pasados 108 días).

### Los afiliados de Medicare Advantage sujetos a este requisito de terapia escalonada podrían:

- Solicitar una revisión de excepción expedita para los requisitos de pre-autorización y terapia escalonada.
- Apelar una solicitud denegada para un medicamento no-preferido por el requisito de terapia escalonada.

Humana está ofreciendo servicios de un Programa de Coordinación de Cuidado para el Manejo de Medicamentos para pacientes sujetos a terapia escalonada o que estén usando alguno de los medicamentos preferidos mencionados abajo. (Dispositivos como los viscosuplementos están excluidos de este programa.) La meta de este programa es mejorar la salud de sus pacientes con una revisión de medicamentos, adherencia y educación. Este programa es voluntario para los pacientes elegibles. Humana estará contactando a los pacientes elegibles para una consulta. Una vez se complete la consulta, se le estará enviando un resumen de la consulta y el paciente recibe una tarjeta de regalo como recompensa por haber completado el programa. Los pacientes estarán recibiendo la tarjeta de regalo hasta 45 días después de la consulta.

### Si tiene alguna pregunta relacionada a este programa, puede llamar a nuestro número de asistencia a proveedor al:

- **1-800-611-1474** (disponible de lunes a viernes, 8 a.m. – 8 p.m.)

Reference:

1. <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-advantage-prior-authorization-and-step-therapy-part-b-drugs>



Humana.pr

Drug Classes	Drug Name	Status	Billing Code
Bone Resorption Inhibitors	<b>pamidronate</b>	<b>Preferred</b>	J2430
	<b>zoledronic acid</b>	<b>Preferred</b>	J3489
	Xgeva	Nonpreferred	J0897
Colony Stimulating Factors - Leukocyte Growth Factors	<b>Neupogen</b>	<b>Preferred</b>	J1442
	<b>Zarxio</b>	<b>Preferred</b>	Q5101
	Granix	Nonpreferred	J1447
	Nivestym	Nonpreferred	Q5110
Doxorubicin (liposomal)	<b>doxorubicin conventional</b>	<b>Preferred</b>	J9000
	Doxil	Nonpreferred	Q2050
Erythropoiesis-Stimulating Agents	<b>Retacrit</b>	<b>Preferred</b>	Q5105, Q5106
	Aranesp	Nonpreferred	J0881, J0882
	Epogen	Nonpreferred	J0885, Q4081
	Mircera	Nonpreferred	J0887, J0888
	Procrit	Nonpreferred	J0885, Q4081
Gaucher's Disease	<b>Cerdelga</b>	<b>Preferred</b>	J8499
	<b>Cerezyme</b>	<b>Preferred</b>	J1786
	<b>ElELYso</b>	<b>Preferred</b>	J3060
	Vpriv	Nonpreferred	J3385
	Zavesca	Nonpreferred	J8499
Hereditary Angioedema - Acute use	<b>Ruconest</b>	<b>Preferred</b>	J0596
	Berinert	Nonpreferred	J0597
	Firazyr	Nonpreferred	J1744
	Kalbitor	Nonpreferred	J1290
Hereditary Angioedema - Prophylaxis	<b>Haegarda</b>	<b>Preferred</b>	C9015, J0599
	Cinryze	Nonpreferred	J0598
	Takhzyro	Nonpreferred	C9399, J3590
Immunologics Drugs - Auto-Immune Disorders (Arthritis, Psoriasis, Inflammatory Bowel Disease)	<b>Inflectra</b>	<b>Preferred</b>	Q5103
	<b>Remicade</b>	<b>Preferred</b>	J1745
	<b>Simponi Aria</b>	<b>Preferred</b>	J1602
	<b>Stelara</b>	<b>Preferred</b>	J3358
	Actemra IV	Nonpreferred	J3262
	Entyvio	Nonpreferred	J3380
	Ilumya	Nonpreferred	C9399, J3490, J3590, J3245
	Orencia IV	Nonpreferred	J0129
	Renflexis	Nonpreferred	Q5104

	Rituxan IV	Nonpreferred	J9310, J9312
	Tysabri	Nonpreferred	J2323
Neoplasms (excluding pancreatic)	<b>docetaxel</b>	<b>Preferred</b>	J9171
	<b>paclitaxel</b>	<b>Preferred</b>	J9267
	Abraxane	Nonpreferred	J9264
Ophthalmic Disorders	<b>Avastin</b>	<b>Preferred</b>	C9257, J9035
	Eylea	Nonpreferred	J0178
	Lucentis	Nonpreferred	J2778
	Macugen	Nonpreferred	J2503
	Visudyne	Nonpreferred	J3396
Somatostatin Analog (Lutathera)	<b>Sandostatin LAR</b>	<b>Preferred</b>	J2353
	Lutathera	Nonpreferred	A9513, A9699, C9031
Somatostatin Analog (Signifor LAR)	<b>octreotide acetate</b>	<b>Preferred</b>	J2354
	<b>Sandostatin</b>	<b>Preferred</b>	J2354
	<b>Sandostatin LAR</b>	<b>Preferred</b>	J2353
	Signifor LAR	Nonpreferred	J2502
Somatostatin Analog (Somatuline Depot)	<b>Sandostatin LAR</b>	<b>Preferred</b>	J2353
	Somatuline Depot	Nonpreferred	J1930
Vincristine (liposomal)	<b>vincristine sulfate</b>	<b>Preferred</b>	J9370
	Marqibo	Nonpreferred	J9371
<b>Device Type*</b>	<b>Name</b>	<b>Status</b>	<b>Billing Code</b>
<b>Viscosupplements</b>	<b>Monovisc</b>	<b>Preferred</b>	J7327
	<b>Orthovisc</b>	<b>Preferred</b>	J7324
	Durolane	Nonpreferred	C9465, J3490, J7318
	Euflexxa	Nonpreferred	J7323
	Gel-One	Nonpreferred	J7326
	Gelsyn-3	Nonpreferred	J7328
	GenVisc 850	Nonpreferred	J7320
	Hyalgan	Nonpreferred	J7321
	Hymovis	Nonpreferred	J7322
	Supartz	Nonpreferred	J7321
	Supartz FX	Nonpreferred	J7321
	Synvisc	Nonpreferred	J7325
	Synvisc-One	Nonpreferred	J7325
	TriVisc	Nonpreferred	C9399, J3490, J7329
	Visco-3	Nonpreferred	J7321

\*Excluded from Drug Management Care Coordination Program (DM-CCP) and reward

# Helping to improve health outcomes

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) now allows Medicare Advantage (MA) plans to apply step therapy for physician-administered and other Part B drugs. Humana has opted to apply this new rule, which requires Humana to offer a Drug Management Care Coordination Program (DM-CCP) to eligible patients with the ultimate goal of improving the quality of care for patients on these drugs. These patients will be connected with a Humana pharmacist who will:

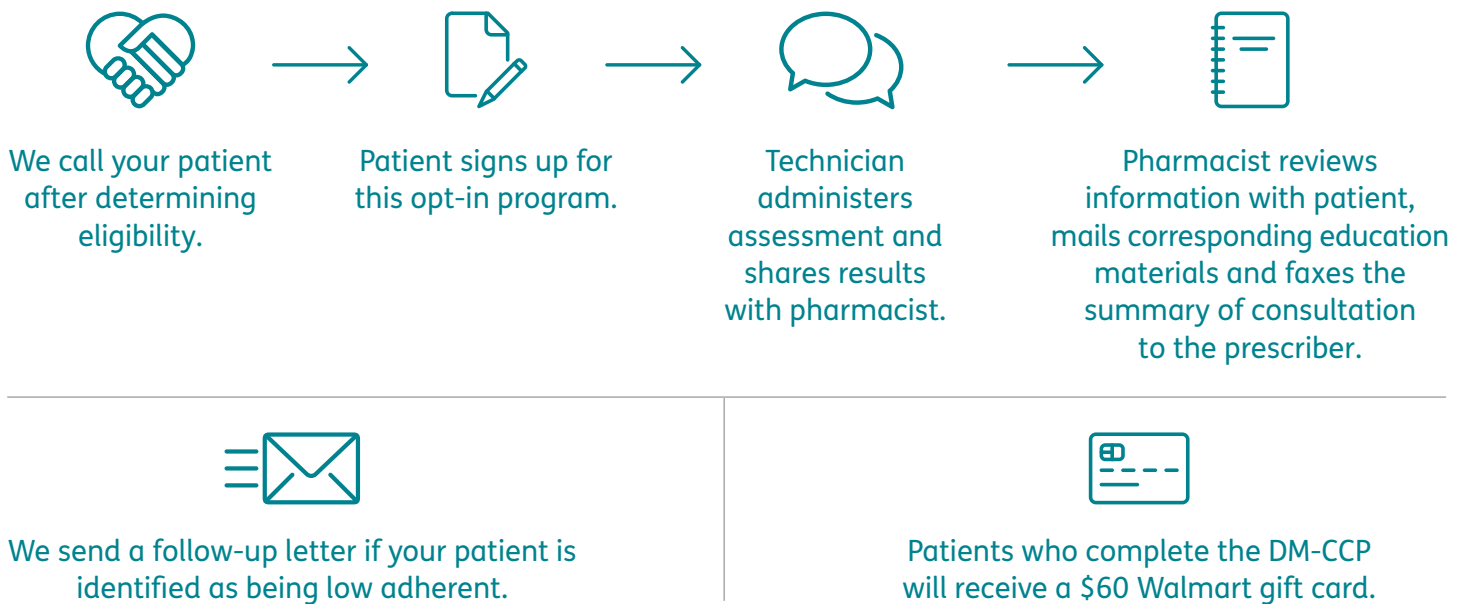
1. Provide educational information on the medications within the DM-CCP
2. Help your patient understand their whole drug profile by reviewing all of their medications and identifying any issues (e.g., drug interaction risks)
3. Educate your patient on adherence and work with them on maintaining medication adherence

## Who's eligible?

The DM-CCP is an opt-in program for your patients who are Humana Medicare Advantage (MA) members, and:

1. Have a claim for a step therapy Part B preferred drug; or
2. Are eligible for the step therapy edit for a Part B nonpreferred drug

## How it works



Better medication adherence leads to better health outcomes.



Call our provider support number with any questions related to this program at **1-800-457-4708**, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m., Eastern time.

For Humana's preauthorization and notification lists, as well as the step therapy list, visit **Humana.com/PAL**.

GHHKDMUEN 0118  
6476ALL1218

**Humana**