

Criterios de PA

Grupo de autorización previa	ABIRATERONE
Nombres del medicamento	ABIRATERONE ACETATE, ABIRTEGA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de próstata con ganglios positivos (N1), no metastásico (M0), cáncer de próstata de muy alto riesgo, cáncer de próstata no metastásico de alto riesgo, cáncer de próstata no metastásico con persistencia/recurrencia del antígeno prostático específico (PSA) después de una prostatectomía radical, tumores de las glándulas salivales.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para los tumores de glándulas salivales: el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento de la enfermedad recurrente con receptores de andrógenos positivos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ABRYSVO
Nombres del medicamento	ABRYSVO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de enfermedades del tracto respiratorio inferior (LRTD) y LRTD graves causadas por el virus respiratorio sincitial (VRS): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el VRS (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ACITRETIN
Nombres del medicamento	ACITRETIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Prevención de tipos de cáncer de piel distinto del melanoma en personas de alto riesgo; liquen plano; queratosis folicular (enfermedad de Darier)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al methotrexate o cyclosporine.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	ACTIMMUNE
Nombres del medicamento	ACTIMMUNE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Micosis fungoide; síndrome de Sézary.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ADEMPAS
Nombres del medicamento	ADEMPAS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo nuevos casos): 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 2 unidades Wood. Para hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (CTEPH) (Grupo 4 de la WHO): 1) el paciente tiene hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (CTEPH) persistente o recurrente después de endarterectomía pulmonar (PEA); O 2) el paciente tiene CTEPH inoperable con diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho Y por tomografía computarizada (CT), imagen por resonancia magnética (MRI) o angiografía pulmonar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	AIMOVIG
Nombres del medicamento	AIMOVIG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y ha experimentado una reducción en los días de migraña al mes con respecto al valor inicial.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	AKEEGA
Nombres del medicamento	AKEEGA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ALBENDAZOLE
Nombres del medicamento	ALBENDAZOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Ascariasis, tricuriasis, microsporidiosis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Hidatidosis, microsporidiosis: 6 meses. Todas las demás indicaciones: 1 mes
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ALDURAZYME
Nombres del medicamento	ALDURAZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la mucopolisacaridosis I (MPS I): diagnóstico confirmado por ensayo de enzima en el que se demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-L-iduronidasa y/o por pruebas genéticas. Los pacientes con síndrome de Scheie (es decir, MPS I atenuada) deben tener síntomas moderados a graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ALECENSA
Nombres del medicamento	ALECENSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) recurrente positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), metástasis cerebrales de NSCLC positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) positivo para ALK, enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación ALK (incluido el sarcoma uterino avanzado, recurrente/metastásico o inoperable para IMT con translocación ALK), linfoma de células B grandes positivo para ALK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, O b) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante tras la resección del tumor, Y 2) la enfermedad es positiva para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ALOSETRON
Nombres del medicamento	ALOSETRON HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome de colon irritable (IBS) predominante con diarrea grave: 1) el medicamento solicitado se receta para una paciente de sexo biológico femenino, o una persona que se identifica como mujer, 2) síntomas de IBS crónico que duran, al menos, 6 meses, 3) se descartaron anomalías del tubo digestivo Y 4) respuesta inadecuada a una terapia convencional (p. ej., antiespasmódicos, antidepresivos y antidiarreicos).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	INHIBIDOR DE LA ALFA1-PROTEINASA
Nombres del medicamento	ARALAST NP, PROLASTIN-C, ZEMAIRA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la deficiencia del inhibidor de alfa1-proteinasa: el paciente debe presentar 1) enfisema clínicamente evidente, Y 2) un nivel sérico de inhibidor de la alfa-1 proteinasa inferior a 11 micromoles/litro (80 miligramos por decilitro [mg/dl] mediante inmunodifusión radial o 50 mg/dl mediante nefelometría) antes del tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ALUNBRIG
Nombres del medicamento	ALUNBRIG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) recurrente positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), metástasis cerebrales de NSCLC positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) positivo para ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación ALK (incluido el sarcoma uterino avanzado, recurrente/metastásico o inoperable para IMT con translocación ALK), enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión ALK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) la enfermedad es positiva para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ALVAIZ
Nombres del medicamento	ALVAIZ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para trombocitopenia inmune (ITP) persistente o crónica: (nuevos casos): 1) el paciente (pt) tuvo una respuesta inadecuada o es intolerante a una terapia previa como corticoesteroides o inmunoglobulinas, Y 2) el recuento de plaquetas (plt) sin hacer la transfusión en cualquier momento antes de iniciar el medicamento solicitado es menor que 30,000/mcl O entre 30,000/mcl y 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental donde se prevé pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica, terapia anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente a traumatismos). Para la ITP (continuación): respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) La respuesta de recuento de plaquetas actual es igual o inferior a 200,000/mcl, O 2) el recuento de plaquetas actual es superior a 200,000/mcl, e inferior o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará al recuento de plaquetas lo suficientemente como para evitar un sangrado importante desde el punto de vista clínico. Para trombocitopenia asociada a la hepatitis C crónica (nuevos casos): el medicamento solicitado se usa para iniciar y mantener la terapia con interferón. Para la trombocitopenia asociada a la hepatitis C crónica (continuación): el paciente está recibiendo una terapia con interferón. Para anemia aplásica grave (AA) (nuevos casos): el paciente no respondió suficientemente a la terapia inmunosupresora.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	HCV: 6 meses, ITP/AA inicial: 6 meses, ITP reautorización: Año del plan, AA reautorización: APR-Año del plan, IPR-16 semanas
Otros criterios	Para AA grave (continuación): 1) el recuento de plaquetas actual es de entre 50,000/mcl y 200,000/mcl, O 2) el recuento de plaquetas actual es inferior a 50,000/mcl y el paciente no recibió una terapia ajustada de manera adecuada durante, al menos, 16 semanas, O 3) el recuento de plaquetas actual es inferior a 50,000/mcl y el paciente no depende de transfusiones O 4) el recuento de plaquetas actual es superior a 200,000/mcl e inferior o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará para alcanzar y mantener un recuento de plaquetas objetivo adecuado. APR: respuesta plaquetaria adecuada (superior a 50,000/mcl). IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (inferior a 50,000/mcl).
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	ALYFTREK
Nombres del medicamento	ALYFTREK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística), como ivacaftor o deutivacaftor.
Restricciones de edad	6 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	AMBRISANTAN
Nombres del medicamento	AMBRISANTAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo nuevos casos): 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 2 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	AMPHETAMINES
Nombres del medicamento	AMPHETAMINE/DEXTROAMPHETA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o un trastorno de déficit de atención (ADD); O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ARCALYST
Nombres del medicamento	ARCALYST
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan la terapia para bajar el nivel de urato
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan la terapia para bajar el urato (p. ej., allopurinol) (nuevos casos): 1) dos o más brotes de gota dentro de los 12 meses previos; Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones a la dosis máxima tolerada de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID) y colchicina; Y 3) uso concurrente con la terapia hipouricemiante. Para prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan la terapia para bajar el urato (p. ej., allopurinol) (continuación): 1) el paciente debe haber alcanzado o mantenido un beneficio clínico (es decir, menor cantidad de brotes de gota o de días de brote) en comparación con el valor inicial de referencia Y 2) uso continuado del tratamiento para bajar el urato concurrente con el medicamento solicitado. Para la pericarditis recurrente: el paciente debe haber tenido una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un NSAID y colchicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	AREXVY
Nombres del medicamento	AREXVY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de enfermedades del tracto respiratorio inferior (LRTD) y LRTD graves causadas por el virus respiratorio sincitial (VRS): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el VRS (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ARIKAYCE
Nombres del medicamento	ARIKAYCE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ARMODAFINIL
Nombres del medicamento	ARMODAFINIL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la somnolencia excesiva asociada a la narcolepsia: El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada a la apnea obstructiva del sueño (OSA): El diagnóstico se ha confirmado mediante polisomnografía o pruebas de apnea del sueño en casa (HSAT) con un dispositivo técnicamente adecuado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	AUGTYRO
Nombres del medicamento	AUGTYRO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) recurrente positivo para ROS1, NSCLC recurrente con fusión génica positiva del receptor tirosina quinasa neurotrófico (NTRK), tumores sólidos con fusión génica positiva del NTRK que no son localmente avanzados ni metastásicos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) positivo para ROS1: el paciente presenta una enfermedad recurrente, avanzada o metastásica. Para el NSCLC con fusión del gen del receptor tirosina quinasa neurotrófico (NTRK) positivo: el paciente presenta una enfermedad recurrente, avanzada o metastásica. Para los tumores sólidos: el tumor es positivo para la fusión del gen NTRK.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	AUSTEDO
Nombres del medicamento	AUSTEDO, AUSTEDO XR, AUSTEDO XR PATIENT TITRAT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la discinesia tardía, inicial: el paciente debe cumplir con los dos requisitos siguientes: 1) el paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad, Y 2) la enfermedad del paciente ha sido evaluada mediante un examen clínico o con una herramienta de evaluación estructurada (p. ej., la Escala de Movimientos Involuntarios Anormales [AIMS], el Sistema de Identificación de Discinesia: Escala de usuario condensada [DISCUS]). Para la corea asociada a la enfermedad de Huntington, inicial: el paciente presenta características motrices típicas en la exploración. Para la discinesia tardía y la corea asociadas a la enfermedad de Huntington, continuación: el paciente presenta una respuesta favorable a la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	AVMAPKI-FAKZYNJA
Nombres del medicamento	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	AYVAKIT
Nombres del medicamento	AYVAKIT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, tumor del estroma gastrointestinal (GIST) residual, irresecable, con ruptura tumoral o recurrente/metastásico sin mutación del exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, el paciente cumple con todos los siguientes criterios: 1) la enfermedad es positiva para el reordenamiento FIP1L1-PDGFRA; Y 2) la enfermedad presenta una mutación D842V del gen PDGFRA; Y 3) la enfermedad es resistente al imatinib. Para GIST, el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: 1) la enfermedad presenta una mutación en el exón 18 del PDGFRA, incluida una mutación D842V del PDGFRA, O 2) el medicamento solicitado se utilizará tras el fracaso de al menos dos terapias aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en casos de enfermedad residual, irresecable, con ruptura tumoral o recurrente/metastásica sin mutación en el exón 18 del PDGFRA. Para mastocitosis sistémica: 1) el paciente tiene un diagnóstico de mastocitosis sistémica indolente o mastocitosis sistémica avanzada, (incluido lo siguiente, mastocitosis sistémica agresiva [ASM], mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada [SM-AHN] y leucemia de mastocitos [MCL]) Y 2) el paciente tiene un recuento de plaquetas mayor o igual a 50,000/microlitro (mcl).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento

B VS. D
 ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, ADMELOG, ALBUTEROL SULFATE, AMINOSYN II, AMINOSYN-PF, AMPHOTERICIN B, AMPHOTERICIN B LIPOSOME, APREPITANT, ARFORMOTEROL TARTRATE, ASTAGRAF XL, AZACITIDINE, AZATHIOPRINE, BENDAMUSTINE HYDROCHLORID, BENDEKA, BUDESONIDE, CALCITONIN-SALMON, CALCITRIOL, CARBOPLATIN, CINACALCET HYDROCHLORIDE, CISPLATIN, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 1, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5, CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%, CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%, CLINIMIX 6/5, CLINIMIX 8/10, CLINIMIX 8/14, CLINISOL SF 15%, CLINOLIPID, CROMOLYN SODIUM, CYCLOPHOSPHAMIDE, CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR, CYCLOSPORINE, CYCLOSPORINE MODIFIED, CYTARABINE AQUEOUS, DEXTROSE 50%, DEXTROSE 70%, DOCETAXEL, DOCIVYX, DOXERCALCIFEROL, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, ENGERIX-B, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FIASP, FIASP PUMPCART, FLUOROURACIL, FORMOTEROL FUMARATE, FRINDOVYX, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINE HCL, GEMCITABINE HYDROCHLORIDE, GENGRAF, GRANISETRON HYDROCHLORIDE, HEPARIN SODIUM, HEPLISAV-B, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, IBANDRONATE SODIUM, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), INTRALIPID, IPRATROPIUM BROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUT, IRINOTECAN, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE, JYLAMVO, JYNNEOS, KADCYLA, LEUCOVORIN CALCIUM, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, LEVALBUTEROL HYDROCHLORID, LEVOCARNITINE, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE, LIDOCAINE/PRILOCAINE, METHOTREXATE, METHOTREXATE SODIUM, METHYLPREDNISOLONE, METHYLPREDNISOLONE ACETAT, METHYLPREDNISOLONE SODIUM, MORPHINE SULFATE, MYCOPHENOLATE MOFETIL, MYCOPHENOLIC ACID DR, NOVOLIN R, NOVOLOG, NOVOLOG RELION, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, ONDANSETRON HYDROCHLORIDE, ONDANSETRON ODT, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PACLITAXEL PROTEIN-BOUND, PAMIDRONATE DISODIUM, PARICALCITOL, PEMETREXED, PENTAMIDINE ISETHIONATE, PLENAMINE, PREDNISOLONE, PREDNISOLONE SODIUM PHOSP, PREDNISONE, PREDNISONE INTENSOL, PREMASOL, PROGRAF, PROSOL, RABAVER, RECOMBIVAX HB, SIROLIMUS, TACROLIMUS, TACROLIMUS ER, TENIVAC, TPN ELECTROLYTES, TRAVASOL, TROPHAMINE, VINCRISTINE SULFATE, VINOELBINE TARTRATE, VIVIMUSTA, XATMEP, ZOLEDRONIC ACID

Indicador de indicaciones de PA Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado -
Criterios de exclusión -
Información médica requerida -
Restricciones de edad -
Restricciones de la persona que receta -

Duración de la cobertura	N/C
Otros criterios	Este medicamento puede estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, según las circunstancias. Deberá enviarse información e la que se describa el uso y entorno del medicamento para tomar la determinación.
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	BAFIERTAM
Nombres del medicamento	BAFIERTAM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	BALVERSA
Nombres del medicamento	BALVERSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma urotelial: 1) la enfermedad presenta alteraciones genéticas susceptibles del receptor 3 del factor de crecimiento fibroblástico (FGFR3), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior para cualquiera de los siguientes casos: a) carcinoma urotelial localmente avanzado, recurrente o metastásico, O b) carcinoma urotelial de vejiga en estadio II-IV, recurrente o persistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	BANZEL
Nombres del medicamento	RUFINAMIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	BENLYSTA
Nombres del medicamento	BENLYSTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Para pacientes que son nuevos en la terapia: lupus del sistema nervioso central activo grave.
Información médica requerida	Para lupus eritematoso sistémico (SLE): 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen terapéutico estándar para el SLE (p. ej., corticosteroides, antimaláricos o NDAID), O 2) el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación al régimen terapéutico estándar para el SEL, Y 3) para el inicio del tratamiento, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SEL a partir de autoanticuerpos positivos relevantes para el LES (p. ej., anticuerpos antinucleares [ANA], anticuerpos anti-ADN de doble cadena [anti-ADN ds], anticuerpos anti-Smith [anti-Sm], anticuerpos antifosfolípidos, proteínas del complemento). Para la nefritis lúpica: 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen terapéutico estándar para la nefritis lúpica (p. ej., corticosteroides, ciclofosfamida, micofenolato mofetilo o azatioprina) O 2) el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación al régimen terapéutico estándar para la nefritis lúpica, Y 3) para los inicios iniciales, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de LN a partir de cualquiera de los siguientes: a) biopsia renal, b) positivo para autoanticuerpos relevantes para el SLE (p. ej., anticuerpos antinucleares [ANA], anticuerpos anti-ADN de doble cadena [anti-ADN ds], anticuerpos anti-Smith [anti-Sm], anticuerpos antifosfolípidos, proteínas del complemento).
Restricciones de edad	5 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	BERINERT
Nombres del medicamento	BERINERT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de ataques agudos de angioedema debidos al angioedema hereditario (HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio, O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y una de las siguientes condiciones: a) el paciente ha dado positivo en las pruebas de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue refractario a una terapia de prueba con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un inmunólogo, alergista o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	BESREMI
Nombres del medicamento	BESREMI, BESREMI PEN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	BETASERON
Nombres del medicamento	BETASERON
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	BEXAROTENE
Nombres del medicamento	BEXAROTENE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma cutáneo primario anaplásico de células grandes (ALCL) positivo para CD30, papulosis linfomatoide (LyP) positiva para CD30, linfoma subcutáneo de células T similar a la paniculitis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	BIMZELX
Nombres del medicamento	BIMZELX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impide probar los NSAID.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	BOSENTAN
Nombres del medicamento	BOSENTAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo nuevos casos): 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) si la solicitud es para un paciente adulto, el paciente cumple los dos requisitos siguientes: a) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor a 2 unidades Wood, y b) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el ambrisentán (Letairis).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	BOSULIF
Nombres del medicamento	BOSULIF, BOSUTINIB
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Leucemia linfoblástica aguda de linfocitos B con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ B-ALL), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes recién diagnosticados de CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) si el paciente ha experimentado resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I, G250E, V299L y F317L, Y 3) el paciente ha experimentado resistencia o intolerancia al imatinib, dasatinib o nilotinib. Para la B-ALL, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) si el paciente ha experimentado resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I, G250E, V299L, y F317L.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	BRAFTOVI
Nombres del medicamento	BRAFTOVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Terapia sistémica adyuvante o neoadyuvante para melanoma cutáneo, adenocarcinoma apendicular, NSCLC recurrente.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) el paciente presenta alguna de las siguientes características: a) enfermedad avanzada o metastásica, b) metástasis metacrónicas irresecables, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con cetuximab o panitumumab. Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único o en combinación con binimetinib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes fines: a) enfermedad irresecable, resecable de forma limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante o neoadyuvante. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con binimetinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	BRIVIACT
Nombres del medicamento	BRIVARACETAM, BRIVIACT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom (a partir de los 4 años o mayor), Xcopri (a partir de los 18 años o mayor), Spritam (a partir de los 4 años o mayor).
Restricciones de edad	1 mes de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	BRUKINSA
Nombres del medicamento	BRUKINSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Leucemia de células pilosas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	BUPRENORPHINE PATCH
Nombres del medicamento	BUPRENORPHINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se prescribe para el dolor asociado al cáncer, la anemia falciforme, una enfermedad terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos O el paciente cumple todos los requisitos siguientes: 1) el medicamento solicitado se receta para tratar un dolor tan intenso y persistente que requiere un tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando opioides Y 2) el paciente puede tomar la dosis solicitada de forma segura según su historial de uso de opioides [Nota: A este medicamento solo lo puede recetar un profesional de atención médica especializado en el uso de opioides potentes para el control de dolor crónico]. Y 3) el paciente ha sido evaluado y será monitoreado por el desarrollo del trastorno por uso de opioides; Y 4) la solicitud es para continuar la terapia para un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha recibido un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	BYSANTI
Nombres del medicamento	BYSANTI, BYSANTI TITRATION PACK A, BYSANTI TITRATION PACK B, BYSANTI TITRATION PACK C
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Cobenfy, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene contraindicaciones a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene contraindicaciones a cualquiera de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	CABOMETYX
Nombres del medicamento	CABOMETYX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de pulmón no microcítico, sarcoma de Ewing, osteosarcoma, tumor estromal gastrointestinal, carcinoma endometrial, sarcoma de tejidos blandos (subtipos de sarcoma alveolar de partes blandas y condrosarcoma mixoide extraesquelético).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: La enfermedad está avanzada, ha recaído o se encuentra en estadio IV (incluidas las metástasis cerebrales). Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) la enfermedad presenta reordenamiento durante la transfección (RET) positivo Y 2) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior. Para tumor de estroma gastrointestinal (GIST): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente o metastásica/ruptura tumoral, Y 2) la enfermedad ha progresado después de al menos dos terapias aprobadas por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el sarcoma de Ewing y el osteosarcoma: el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior. Para el cáncer diferenciado de tiroides (DTC) (folicular, papilar, oncocítico): 1) la enfermedad es localmente avanzada o metastásica, Y 2) la enfermedad ha progresado después de una terapia dirigida al receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR), Y 3) el paciente es refractario a la terapia con yodo radiactivo (RAI) o no es elegible para la RAI. Para el carcinoma de endometrio: 1) la enfermedad es recurrente, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	CALCIPOTRIENE
Nombres del medicamento	CALCIPOTRIENE, CALCITRENE, ENSTILAR, PELLIX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o presenta una contraindicación a un esteroide de uso tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	CALQUENCE
Nombres del medicamento	CALQUENCE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Macroglobulinemia de Waldenström (linfoma linfoplasmocítico), linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extranodal de la zona marginal del estómago, el linfoma extranodal de la zona marginal de localizaciones no gástricas, el linfoma ganglionar de la zona marginal, el linfoma esplénico de la zona marginal).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma de la zona marginal extraganglionar del estómago, el linfoma de la zona marginal extraganglionar de sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma esplénico de la zona marginal): el medicamento solicitado se utilizará para el tratamiento de la enfermedad recidivante, refractaria o progresiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	CAPRELSA
Nombres del medicamento	CAPRELSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Carcinomas tiroideos (foliculares, oncocíticos, papilares).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	CARBAGLU
Nombres del medicamento	CARGLUMIC ACID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: Diagnóstico confirmado mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	CAVHANZA
Nombres del medicamento	CAVHANZA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes recién diagnosticados de CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la CML, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I, Y 3) el paciente cumple con una de los siguientes opciones: a) el paciente ha recibido un ensayo de formulación genérica de nilotinib hydrochloride o tiene intolerancia al nilotinib hydrochloride genérico, O b) el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación oral sólidas (por ejemplo, cápsulas), O c) el paciente recibe tratamiento concomitante con un inhibidor de la bomba de protones (PPI) o un antagonista del receptor tipo 2 de histamina (H2RA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	CAYSTON
Nombres del medicamento	CAYSTON
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tratamiento de síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) se detecta pseudomonas aeruginosa en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por pseudomonas aeruginosa en las vías respiratorias.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	CEQR
Nombres del medicamento	CEQR SIMPLICITY 1U EXTND, CEQR SIMPLICITY 2U, CEQR SIMPLICITY 2U EXTND, CEQR SIMPLICITY EXTENDED, CEQR SIMPLICITY INSERTER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere control con insulina Y 2) el paciente se está realizando autoevaluaciones de los niveles de glucosa, se le asesorará sobre cómo realizar autoevaluaciones de los niveles de glucosa, o el paciente está utilizando un monitor continuo de glucosa Y 3) el paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) el paciente ha probado las inyecciones en bolo y no ha alcanzado los objetivos glucémicos o ha tenido dificultades para administrarse varias inyecciones de insulina al día, b) el paciente no puede probar las inyecciones en bolo.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	CERDELGA
Nombres del medicamento	CERDELGA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1 (GD1): 1) el diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático en el que se demostró una deficiencia de la actividad enzimática de la beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas, y 2) se ha determinado el estado metabólico del CYP2D6 del paciente mediante una prueba autorizada por la FDA, y 3) el paciente es un metabolizador extensivo del CYP2D6, un metabolizador intermedio o un metabolizador deficiente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	CEREZYME
Nombres del medicamento	CEREZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Enfermedad de Gaucher tipo 2, enfermedad de Gaucher tipo 3
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher: el diagnóstico fue confirmado por ensayo enzimático en el que se demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	CGM LCD L33822
Nombres del medicamento	DEXCOM G6 RECEIVER, DEXCOM G6 SENSOR, DEXCOM G6 TRANSMITTER, DEXCOM G7 RECEIVER, DEXCOM G7 SENSOR, FREESTYLE LIBRE 14 DAY/SE, FREESTYLE LIBRE 2/READER/, FREESTYLE LIBRE 2/SENSOR/, FREESTYLE LIBRE 3/READER/, FREESTYLE LIBRE 3/SENSOR/, FREESTYLE LIBRE/READER/FL
Indicador de indicaciones de PA	-
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	CLOBAZAM
Nombres del medicamento	CLOBAZAM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Convulsiones asociadas al síndrome de Dravet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Convulsiones asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): 2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	CLOMIPRAMINE
Nombres del medicamento	CLOMIPRAMINE HYDROCHLORID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Depresión, trastorno de pánico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno obsesivo compulsivo (OCD) y el trastorno de pánico: el paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI). Para la depresión: el paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion. . Para todas las indicaciones: Si el paciente tiene 65 años o más Y está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	CLORAZEPATE
Nombres del medicamento	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) la persona que receta el medicamento debe reconocer que los beneficios de la terapia con este medicamento recetado superan los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento puede ser inadecuado en personas mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución y bajo estrecha supervisión). 2) Si el paciente está utilizando dos o más medicamentos adicionales que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar varios medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos activos en el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas]. Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) el medicamento solicitado se está utilizando simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI resulte eficaz para los síntomas de ansiedad, O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a POR LO MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Alivio de ansiedad a corto plazo, 1 mes; trastornos de ansiedad, 4 meses; todos los otros diagnósticos, año del plan.
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	CLOZAPINE ODT
Nombres del medicamento	CLOZAPINE ODT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	COMETRIQ
Nombres del medicamento	COMETRIQ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), carcinomas tiroideos (foliculares, oncocíticos, papilares).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): la enfermedad es positiva para reordenamientos durante la transfección (RET).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	COPIKTRA
Nombres del medicamento	COPIKTRA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios, linfoma periférico de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), el linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios y el linfoma periférico de células T: el paciente tiene una enfermedad en recaída o refractaria. Para el linfoma hepatoesplénico de células T: el paciente presenta una enfermedad refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	COTELLIC
Nombres del medicamento	COTELLIC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, glioblastoma), terapia sistémica adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, glioblastoma): 1) el tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600E, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con vemurafenib. Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con vemurafenib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes fines: a) enfermedad irresecable, resecable de forma limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante o neoadyuvante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	CRESEMBA
Nombres del medicamento	CRESEMBA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Candidiasis esofágica refractaria al fluconazol en un paciente con HIV, peritonitis fúngica asociada a diálisis peritoneal.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se está utilizando por vía oral. Para la aspergilosis invasiva y la candidiasis esofágica refractaria al fluconazole en un paciente con HIV: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el voriconazole.
Restricciones de edad	6 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Aspergilosis invasiva: 3 meses. Mucormicosis invasiva: 6 meses. Candidiasis esofágica, peritonitis: 1 mes.
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	CYSTADROPS
Nombres del medicamento	CYSTADROPS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En caso de cistinosis: 1) el diagnóstico se confirmó mediante CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) presencia de una mayor concentración de cistina en los leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) demostración de cristales de cistina en la córnea mediante examen con lámpara de hendidura, Y 2) el paciente presenta acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	CYSTAGON
Nombres del medicamento	CYSTAGON
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la cistinosis nefropática: El diagnóstico se confirmó según CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) presencia de una concentración elevada de cistina en los leucocitos, O 2) pruebas genéticas, O 3) demostración de cristales de cistina en la córnea mediante examen con lámpara de hendidura.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	CYSTARAN
Nombres del medicamento	CYSTARAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En caso de cistinosis: 1) el diagnóstico se confirmó mediante CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) presencia de una mayor concentración de cistina en los leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) demostración de cristales de cistina en la córnea mediante examen con lámpara de hendidura, Y 2) el paciente presenta acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	DALFAMPRIDINE
Nombres del medicamento	DALFAMPRIDINE ER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la esclerosis múltiple (para nuevos casos): antes de iniciar la terapia, el paciente debe presentar una discapacidad motora sostenida. Para la esclerosis múltiple (continuación): el paciente debe haber experimentado una mejora en la velocidad al caminar O en otra medida objetiva de la capacidad motora desde que comenzó a tomar el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	DANZITEN
Nombres del medicamento	DANZITEN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), sinovitis villonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes recién diagnosticados de CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) si el paciente presentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina quinasa para la CML, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, y F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) si el paciente ha presentado resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina quinasa para la ALL, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	DARAPRIM
Nombres del medicamento	PYRIMETHAMINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Profilaxis de la toxoplasmosis, profilaxis de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> , tratamiento de la cistoesporiasis y profilaxis secundaria.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis primaria de la toxoplasmosis, la profilaxis de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP) y la profilaxis secundaria de la cistoesporiasis: 1) el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación al trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) Y 2) el paciente está inmunodeprimido. Para la profilaxis secundaria de la toxoplasmosis: el paciente está inmunodeprimido. Para el tratamiento de la cistoesporiasis: el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación al TMP-SMX.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Terapia para la toxoplasmosis congénita: Plan anual. Terapia para la toxoplasmosis adquirida, profilaxis primaria para la toxoplasmosis, profilaxis para la PCP: 3mo. Profilaxis secundaria para la toxoplasmosis, terapia/profilaxis para la cistoquistitis: 6mo
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	DAURISMO
Nombres del medicamento	DAURISMO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento posterior a la inducción/consolidación tras la respuesta a la terapia previa con el mismo régimen para la leucemia mieloide aguda (AML).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el medicamento solicitado debe utilizarse en combinación con citarabina, 2) el paciente debe tener 75 años o más O padecer comorbilidades que impidan la quimioterapia intensiva, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como terapia de inducción o de consolidación/posinducción.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	DEFERASIROX
Nombres del medicamento	DEFERASIROX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para sobrecarga crónica de hierro por transfusiones de sangre: niveles de ferritina sérica en pretratamiento superiores a 1000 mcg/L.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	DEMSER
Nombres del medicamento	METYROSINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o presenta una contraindicación a un antagonista adrenérgico alfa.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	DEXMETHYLPHENIDATE
Nombres del medicamento	DEXMETHYLPHENIDATE HCL, DEXMETHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Agotamiento relacionado con el cáncer
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o trastorno de déficit de atención (ADD), O 2) se receta el medicamento solicitado para el tratamiento del agotamiento relacionado con el cáncer después de haber descartado otras causas del agotamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	DHE NASAL
Nombres del medicamento	DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se utilice junto con inhibidores potentes del CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a, por lo menos, UN triptano agonista de receptores de 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	DIACOMIT
Nombres del medicamento	DIACOMIT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	6 meses de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	DIAZEPAM
Nombres del medicamento	DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) la persona que receta el medicamento debe reconocer que los beneficios de la terapia con este medicamento recetado superan los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento puede ser inadecuado en personas mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución y bajo estrecha supervisión). 2) Si el paciente está utilizando dos o más medicamentos adicionales que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar varios medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos activos en el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas]. Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) el medicamento solicitado se está utilizando simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI resulte eficaz para los síntomas de ansiedad, O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a POR LO MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo para la ansiedad, 1 mes; espasmo de los músculos esqueléticos, 3 meses; trastornos de la ansiedad, 4 meses; otros diagnósticos, año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. Se aplica a más de 5 días acumulativos de terapia al año.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	DOPTLET
Nombres del medicamento	DOPTLET, DOPTLET SPRINKLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para trombocitopenia en pacientes con enfermedad hepática crónica: El recuento de plaquetas sin transfusión antes de un procedimiento programado es menos que 50,000/mcl. Para trombocitopenia inmune (ITP) persistente o crónica: (nuevos casos): 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada o es intolerante a una terapia previa como corticoesteroides o inmunoglobulinas, Y 2) el recuento de plaquetas sin hacer la transfusión en cualquier momento antes de iniciar el medicamento solicitado es menor que 30,000/mcl O de 30,000/mcl a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental donde se prevé pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica, terapia anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente a traumatismos). Para la ITP (continuación): respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) el recuento actual de plaquetas es inferior o igual a 200,000/mcL O 2) el recuento actual de plaquetas es superior a 200,000/mcL e inferior o igual a 400,000/mcL y la dosificación se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes.
Restricciones de edad	Enfermedad hepática crónica: 18 años de edad en adelante. ITP: 1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Enfermedad hepática crónica: 1 mes, ITP inicial: 6 meses, continuación de ITP: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	DRIZALMA
Nombres del medicamento	DRIZALMA SPRINKLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Dolor por cáncer, dolor neuropático inducido por quimioterapia.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): el paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion. Para el trastorno de ansiedad generalizada, la neuropatía diabética periférica, la fibromialgia y el dolor musculoesquelético crónico: 1) el paciente ha probado las cápsulas de duloxetine O 2) el paciente no puede tomar las cápsulas de duloxetine por cualquier motivo (p. ej., dificultad para tragar las cápsulas, necesidad de administración nasogástrica).
Restricciones de edad	Trastorno de ansiedad generalizada: 7 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	DUPIXENT
Nombres del medicamento	DUPIXENT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica (AD), terapia inicial: 1) El paciente tiene una enfermedad de moderada a grave, Y 2) al menos el 10 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales fundamentales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 3) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento a un topical corticosteroid o a un itopical calcineurin inhibitor, O los topical corticosteroids y los topical calcineurin inhibitors no son recomendables para el paciente. Para el asma dependiente de corticosteroides orales, terapia inicial: El paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: 1) Corticosteroide inhalado de dosis alta Y 2) controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada [LABA], antagonista muscarínico de acción prolongada [LAMA], modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que el paciente presente una intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. Para el asma moderada a grave, terapia inicial: el paciente tiene un recuento basal de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro y su asma sigue estando inadecuadamente controlada a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: 1) corticosteroides inhalados de dosis media a alta, Y 2) controlador adicional (es decir, LABA, LAMA, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma, continuación de la terapia: el control del asma mejoró con el tratamiento con el medicamento solicitado, demostrado por una reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas y exacerbaciones, o una reducción de la dosis de mantenimiento diaria de corticosteroide por vía oral.
Restricciones de edad	Dermatitis atópica: 6 meses de edad en adelante, urticaria espontánea crónica: 2 años de edad en adelante, asma y rinosinusitis fúngica alérgica: 6 años de edad en adelante, rinosinusitis crónica con poliposis nasal: 12 años de edad en adelante, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, penfigoide ampolloso y prurigo nodular: 18 años de edad en adelante, esofagitis eosinofílica: 1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	AD, PN, CSU inicial: 6 meses; AD, continuación; PN, continuación; CSU, continuación. Todas las demás: Año del plan

Otros criterios

Para la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (CRSwNP): 1) el medicamento solicitado se utiliza como el tratamiento complementario de mantenimiento, Y 2) para pacientes de 18 años o más, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con Xhance (fluticasone). Para la esofagitis eosinofílica (EoE), terapia inicial: 1) el diagnóstico se ha confirmado mediante biopsia esofágica caracterizada por más de o igual a 15 eosinófilos esofágicos intraepiteliales por campo de alta potencia, Y 2) el paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, disfagia), Y 3) el paciente pesa al menos 15 kilogramos, Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación a un corticosteroide tópico. Para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), terapia inicial: 1) el paciente cuenta con alguna de las siguientes condiciones: a) actualmente recibe terapia triple inhalada estándar (es decir, glucocorticoide inhalado, LAMA y LABA) o b) actualmente recibe un LAMA y LABA, y tiene una contraindicación para glucocorticoide inhalado, Y 2) el paciente tiene un recuento absoluto de eosinófilos en sangre de al menos 300 células por microlitro antes de iniciar la terapia. Para la terapia inicial para urticaria espontánea crónica (CSU), terapia inicial: 1) Se evaluó al paciente por otras causas de urticaria, como angioedema relacionado con bradiquinina y síndromes de urticaria asociados a angioedema e interleuquina-1 IL-1 (p. ej., trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial), Y 2) el paciente experimentó inicio espontáneo de ronchas, angioedema o ambos, durante al menos 6 semanas, Y 3) el paciente sigue sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1. Para CSU, continuación de la terapia: El paciente experimentó un beneficio (p. ej., mejora de síntomas) desde el inicio de la terapia. Para el penfigoide ampolloso (BP), terapia inicial: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante un estudio de inmunofluorescencia directa O pruebas serológicas inmunológicas, Y 2) el paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (p. ej., lesiones ampollosas, excoriaciones, lesiones eritematosas eczematosas y/o urticarias), Y 3) antes del inicio con el medicamento solicitado, el paciente ha tenido una respuesta terapéutica inadecuada a un corticosteroide tópico de alta potencia o a un corticosteroide sistémico O los corticosteroides tópicos de alta potencia y los corticosteroides sistémicos no son recomendables para el paciente. Para la rinosinusitis fúngica alérgica (AFRS), tratamiento inicial: 1) El paciente tiene antecedentes de cirugía sinonasal Y 2) el diagnóstico de AFRS se confirmó por todo lo siguiente: a) el paciente ha confirmado hipersensibilidad fúngica tipo 1, b) el paciente tiene antecedentes de pólipos nasales, c) las tomografías computarizadas muestran opacificación del seno, d) la mucina eosinofílica obtenida quirúrgicamente es positiva para la presencia de hongos no invasivos. Para AD (dermatitis atópica), EoE (esofagitis eosinofílica), PN (prurigo nodular), COPD (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), BP (penfigoide ampolloso), AFRS (rinosinusitis fúngica alérgica), continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.

Sí

Terapia previa requerida

Grupo de autorización previa	EBGLYSS
Nombres del medicamento	EBGLYSS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica, terapia inicial: 1) El paciente tiene una enfermedad de moderada a grave, Y 2) el paciente ha tenido una respuesta terapéutica inadecuada a un corticosteroide tópico o a un inhibidor tópico de la calcineurina, O los corticosteroides tópicos y los inhibidores tópicos de la calcineurina no son recomendables para el paciente. Para la dermatitis atópica, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
Restricciones de edad	12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	ELIGARD
Nombres del medicamento	ELIGARD
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tumores de las glándulas salivales
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los tumores de las glándulas salivales: 1) la enfermedad es positiva al receptor de andrógenos Y 2) la enfermedad es recurrente, metastásica o irresecable.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	EMGALITY
Nombres del medicamento	EMGALITY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y ha experimentado una reducción en los días de migraña al mes con respecto al valor inicial. Para la cefalea en racimos episódica, inicial: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un agonista del receptor 5-HT ₁ (triptán). Para la cefalea en racimos episódica, continuación: el paciente recibió el medicamento solicitado durante al menos 3 semanas de tratamiento y tuvo una reducción en la frecuencia de los ataques de cefalea en racimos semanal con respecto al valor inicial.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	EMSAM
Nombres del medicamento	EMSAM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SSRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion, O 2) el paciente es incapaz de tragar formulaciones orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	ENDARI
Nombres del medicamento	L-GLUTAMINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	5 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ENSACOVE
Nombres del medicamento	ENSACOVE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) la enfermedad es positiva para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), Y 3) el paciente no ha recibido previamente un inhibidor de ALK, O el paciente ha experimentado intolerancia o progresión de la enfermedad con crizotinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	EPCLUSA
Nombres del medicamento	EPCLUSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por presencia de RNA del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento vigentes de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) y la Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Se aplicarán los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	EPIDIOLEX
Nombres del medicamento	EPIDIOLEX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	EPRONTIA
Nombres del medicamento	TOPIRAMATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom (a partir de los 4 años o mayor), Xcopri (a partir de los 18 años o mayor), Spritam (a partir de los 4 años o mayor). Para el tratamiento en monoterapia de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha probado un generic topiramate immediate release product, O 2) el paciente tiene dificultades para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (por ejemplo, comprimidos, cápsulas). Para el tratamiento complementario de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) si el paciente tiene 6 años de edad o más, ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Spritam. Para el tratamiento preventivo de las migrañas: 1) El paciente ha probado un generic topiramate immediate release product, O 2) el paciente tiene dificultades para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (por ejemplo, comprimidos, cápsulas).
Restricciones de edad	Epilepsia: 2 años de edad en adelante. Migraña: 12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	ERGOTAMINE
Nombres del medicamento	ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se utilice junto con inhibidores potentes del CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista triptán 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	ERIVEDGE
Nombres del medicamento	ERIVEDGE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Meduloblastoma en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para meduloblastoma en adultos: el paciente recibió una terapia sistémica anterior Y tiene tumores con mutaciones en la vía de señalización de Hedgehog.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	ERLEADA
Nombres del medicamento	ERLEADA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ERLOTINIB
Nombres del medicamento	ERLOTINIB HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, cordoma recurrente, carcinoma de células renales (RCC) recidivante o en estadio IV, metástasis cerebrales de cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), cáncer de páncreas recurrente.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) (incluidas las metástasis cerebrales del NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante. Para el cáncer de páncreas: la enfermedad es localmente avanzada, irresecable, recurrente o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ESBRIET
Nombres del medicamento	PIRFENIDONE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo nuevos casos): 1) se han descartado otras causas de fibrosis pulmonar, Y 2) el paciente cumple uno de los siguientes requisitos: a) una tomografía computada de alta resolución (HRCT) del tórax o una biopsia pulmonar revelan el patrón habitual de neumonía intersticial (UIP), O b) el estudio de HRCT del tórax revela un resultado distinto al patrón de UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para UIP) y el diagnóstico se respalda mediante una biopsia pulmonar o mediante un análisis multidisciplinario entre, al menos, un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática, si no se ha realizado una biopsia pulmonar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ETANERCEPT
Nombres del medicamento	ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Hidradenitis supurativa, espondiloartritis axial no radiográfica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave (solo nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético específico. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impide probar los NSAID. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado. Para la hidradenitis supurativa (solo nuevos casos): el paciente padece una enfermedad grave y refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	EUCRISA
Nombres del medicamento	EUCRISA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica leve a moderada, el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) Si el paciente tiene 2 años o más y el medicamento solicitado se utilizará en zonas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o pliegues cutáneos), el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina O 2) Si el paciente tiene 2 años o más y el medicamento solicitado se receta para su uso en áreas de la piel no sensibles (o restantes), el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un corticosteroide tópico de potencia media o alta o a un inhibidor tópico de la calcineurina.
Restricciones de edad	3 meses de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	EVEROLIMUS
Nombres del medicamento	EVEROLIMUS, TORPENZ, YULITHIRA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas tímicos, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico previamente tratado, sarcoma de tejidos blandos (tumores de células epitelioides perivasculares [PEComa] y subtipos de linfangioleiomiomatosis), tumores del estroma gastrointestinal, tumores neuroendocrinos del timo, tumores neuroendocrinos bien diferenciados de grado 3, carcinoma tiroideo (papilar, oncocítico y folicular), carcinoma endometrial, sarcoma uterino, cáncer de mama (en combinación con fulvestrant o tamoxifen), neoplasias histiocíticas (enfermedad de Rosai-Dorfman, enfermedad de Erdheim-Chester, histiocitosis de células de Langerhans), meningiomas.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es recurrente, irresecable, avanzada o metastásica, con receptores hormonales (HR) positivos, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, Y 2) el medicamento solicitado se receta en combinación con exemestane, fulvestrant o tamoxifen, Y 3) el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento posterior. Para el carcinoma de células renales: La enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV. Para el astrocitoma subependimario de células gigantes (SEGA): el medicamento solicitado se administra como tratamiento adyuvante. Para el tumor del estroma gastrointestinal: 1) la enfermedad es residual, recurrente, irresecable o metastásica/ruptura tumoral, Y 2) la enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos terapias aprobadas por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para la enfermedad de Erdheim-Chester (ECD), la enfermedad de Rosai-Dorfman y la histiocitosis de células de Langerhans (LCH): el paciente debe presentar una mutación de la subunidad catalítica alfa de la fosfatidilinositol-4,5-bisfosfato 3-quinasa (PIK3CA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	EXXUA
Nombres del medicamento	EXXUA, EXXUA TITRATION PACK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): el paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	FABRAZYME
Nombres del medicamento	FABRAZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Fabry, el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) el diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un análisis enzimático en el que se demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas, O 2) el paciente es un portador obligado sintomático.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	FANAPT
Nombres del medicamento	FANAPT, FANAPT TITRATION PACK A, FANAPT TITRATION PACK B, FANAPT TITRATION PACK C
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Caplyta, Cobenfy, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene contraindicaciones a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene contraindicaciones a cualquiera de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	FASENRA
Nombres del medicamento	FASENRA, FASENRA PEN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el asma grave, terapia inicial: 1) O bien, a) el paciente tiene un recuento basal de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro O BIEN, b) el paciente depende de corticosteroides sistémicos, Y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: a) corticosteroides inhalados en dosis medias-altas Y b) un controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación prolongada), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicaciones para dichos tratamientos. Para el asma grave, continuación de la terapia: el control del asma mejoró con el tratamiento con el medicamento solicitado, demostrado por una reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas y exacerbaciones, o una reducción de la dosis de mantenimiento diaria de corticosteroide por vía oral. Para la granulomatosis eosinofílica con poliangitis (EGPA), terapia inicial: el paciente tiene antecedentes o presenta un recuento de eosinófilos superior a 1000 células por microlitro o un nivel de eosinófilos en sangre superior al 10 %. Para la EGPA, continuación de la terapia: el paciente presenta una respuesta beneficiosa al tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra cualquiera de los siguientes aspectos: 1) una reducción en la frecuencia de las recaídas, 2) una reducción en la dosis diaria de corticosteroides orales, O 3) ausencia de vasculitis activa. Para terapia inicial por síndrome hipereosinofílico (HES): 1) El paciente presenta HES sin una causa secundaria no hematológica identificable, Y 2) El paciente no presenta HES positivo para la quinasa FIP1L1-PDGFRα, Y 3) El paciente tiene antecedentes o presenta un recuento de eosinófilos en sangre de al menos 1000 células por microlitro, Y 4) El paciente ha estado recibiendo una dosis estable de al menos una terapia para el HES (por ejemplo, corticosteroides orales, terapia inmunosupresora o terapia citotóxica). Para HES, continuación de la terapia: El paciente experimentó una respuesta beneficiosa al tratamiento, demostrada por una reducción de los brotes del HES.
Restricciones de edad	Asma: 6 años de edad en adelante. HES: 12 años de edad en adelante. EGPA: 18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	FEBUXOSTAT
Nombres del medicamento	FEBUXOSTAT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	FENTANYL PATCH
Nombres del medicamento	FENTANYL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se prescribe para el dolor asociado al cáncer, la anemia falciforme, una enfermedad terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos O el paciente cumple todos los requisitos siguientes: 1) el medicamento solicitado se receta para tratar un dolor tan intenso y persistente que requiere un tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando opioides Y 2) el paciente puede tomar la dosis solicitada de forma segura según su historial de uso de opioides [Nota: A este medicamento solo lo puede recetar un profesional de atención médica especializado en el uso de opioides potentes para el control de dolor crónico]. Y 3) el paciente ha sido evaluado y será monitoreado por el desarrollo del trastorno por uso de opioides; Y 4) la solicitud es para continuar la terapia para un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha recibido un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	FETZIMA
Nombres del medicamento	FETZIMA, FETZIMA TITRATION PACK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): el paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	FINTEPLA
Nombres del medicamento	FINTEPLA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	FIRMAGON
Nombres del medicamento	FIRMAGON
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	FLUCYTOSINE
Nombres del medicamento	FLUCYTOSINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	peritonitis fúngica asociada a diálisis peritoneal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Peritonitis: 1 mes, Candida: 6 semanas, Cryptococcus: 6 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA CLINDAMYCIN
Nombres del medicamento	CLINDAMYCIN PHOSPHATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una intolerancia a uno de los siguientes productos del formulario: loción de clindamicina, solución tópica de clindamicina, gel de clindamicina (dos veces al día).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	FOTIVDA
Nombres del medicamento	FOTIVDA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: 1) La enfermedad es avanzada, recidivante, refractaria o en estadio IV, Y 2) el paciente ha recibido dos o más terapias sistémicas anteriores.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	FRUZAQLA
Nombres del medicamento	FRUZAQLA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Adenocarcinoma apendicular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal y el adenocarcinoma apendicular: 1) la enfermedad está avanzada o metastatizada, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	FULPHILA
Nombres del medicamento	FULPHILA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: el paciente debe cumplir con los requisitos siguientes: 1) el paciente tiene un tumor sólido o un cáncer no mieloide Y 2) el paciente está recibiendo actualmente o va a recibir tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	FYCOMPA
Nombres del medicamento	FYCOMPA, PERAMPANEL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom, Xcopri, Spritam. Para el tratamiento complementario de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam.
Restricciones de edad	Convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 4 años de edad en adelante. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	GATTEX
Nombres del medicamento	GATTEX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para terapia inicial por síndrome de intestino corto (SBS): el paciente depende de soporte parenteral. Para SBS, continuación: el requerimiento de soporte parenteral disminuyó desde el inicio mientras estaba en terapia con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un gastroenterólogo, cirujano gastroenterólogo o médico de apoyo nutricional.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	GAVRETO
Nombres del medicamento	GAVRETO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de pulmón no microcítico con reordenamiento positivo para reordenamiento recurrente durante la transfección (RET), cáncer de vesícula biliar con fusión positiva del gen RET.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas, el paciente debe cumplir todos los siguientes requisitos: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el tumor es positivo para la fusión del reordenamiento durante la transfección (RET) o positivo para el reordenamiento RET.
Restricciones de edad	Cáncer pulmonar de células no pequeñas: 18 años de edad en adelante, cáncer de tiroides: 12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	GILENYA
Nombres del medicamento	FINGOLIMOD HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	GILOTRIF
Nombres del medicamento	GILOTRIF
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) con receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) positivo: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el paciente ha experimentado un efecto adverso intolerable o una contraindicación al erlotinib, gefitinib u osimertinib. Para el NSCLC escamoso metastásico: la enfermedad ha progresado después de la quimioterapia basada en platino.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	GLATIRAMER
Nombres del medicamento	COPAXONE, GLATIRAMER ACETATE, GLATOPA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	GOMEKLI
Nombres del medicamento	GOMEKLI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	HORMONA DE CRECIMIENTO
Nombres del medicamento	GENOTROPIN, GENOTROPIN MINQUICK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerrada
Información médica requerida	Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) en niños: El paciente (pt) es un neonato o fue diagnosticado de GHD cuando era neonato O cumple alguno de los siguientes criterios: 1) menos de 2.5 años con estatura previa al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media y velocidad de crecimiento lenta O 2) más de 2.5 años Y uno de los siguientes: a) velocidad de estatura 1 año previa al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media O b) estatura previa al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media y velocidad de crecimiento en 1 año más de 1 desviación estándar por debajo de la media, Y el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: 1) dos pruebas de estimulación de hormonas del crecimiento (GH) con resultados insatisfactorios (pico por debajo de 10 ng/ml) en pretratamiento, O 2) trastorno del sistema nervioso central (CNS)/hipofisario (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales congénitas o adquiridas) y factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) previo al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media. Síndrome de Turner (TS): 1) Confirmado por cariotipado Y 2) la estatura previa al tratamiento es inferior al 5.º percentil para la edad. Pequeño para la edad gestacional (SGA): 1) peso al nacer inferior a 2500 g con una edad gestacional (GA) de más de 37 semanas, O peso o longitud al nacer por debajo del 3.º percentil para la GA o, al menos, 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la GA Y 2) no manifestó un crecimiento acorde para los 2 años de edad.
Restricciones de edad	SGA: 2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Recetados por un endocrinólogo, un nefrólogo, un especialista en enfermedades infecciosas, un gastroenterólogo/especialista en apoyo nutricional o un genetista, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	GHD en adultos: El paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) dos pruebas de estimulación de GH pretratamiento fallidas, O 2) IGF-1 pretratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media Y 1 prueba de estimulación de GH pretratamiento fallida, O 3) enfermedad orgánica del hipotálamo y la hipófisis (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más deficiencias de la hormona pituitaria E IGF-1 pretratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media, O 4) defectos genéticos o estructurales del hipotálamo y la hipófisis O 5) GHD de inicio en la infancia con anomalía congénita (genética o estructural) del hipotálamo/hipófisis/SNC. Para GHD pediátrico, TS, SGA y GHD adulto, continuación del tratamiento: El paciente está experimentando una mejoría.
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	HADLIMA
Nombres del medicamento	ADALIMUMAB-BWWD, HADLIMA, HADLIMA PUSHTOUCH
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Espondiloartritis axial no radiográfica, enfermedad de Behçet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave (solo nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al methotrexate (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético específico. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impide probar los NSAID. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para las panuveítis intermedias, posteriores y no infecciosas (solo nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticosteroide, O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con corticosteroides.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HAEGARDA
Nombres del medicamento	HAEGARDA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de los ataques de angioedema debidos al angioedema hereditario (HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio, O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y una de las siguientes condiciones: a) el paciente ha dado positivo en las pruebas de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue refractario a una terapia de prueba con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones de edad	6 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un inmunólogo, alergista o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	HERCEPTIN
Nombres del medicamento	HERCEPTIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma esofágico y de la unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2 positivo, carcinoma hepatobiliar HER2 positivo irresecable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad presenta amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2, O 4) el paciente presenta metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HERCEPTIN HYLECTA
Nombres del medicamento	HERCEPTIN HYLECTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado irresecable.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	HERCESSI
Nombres del medicamento	HERCESSI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma esofágico y de la unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2 positivo, carcinoma hepatobiliar HER2 positivo irresecable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad presenta amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2, O 4) el paciente presenta metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HERNEXEOS
Nombres del medicamento	HERNEXEOS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es positiva para las mutaciones del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) (oncogén eritroblástico B [ERBB2]) Y 2) la enfermedad es recurrente, está avanzada, es inoperable o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	HERZUMA
Nombres del medicamento	HERZUMA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma esofágico y de la unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2 positivo, carcinoma hepatobiliar HER2 positivo irresecable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad presenta amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2, O 4) el paciente presenta metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HETLIOZ
Nombres del medicamento	TASIMELTEON
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno del sueño-vigilia no circulante de 24 horas: 1) para el tratamiento inicial y la continuación del tratamiento, el paciente debe cumplir los dos requisitos siguientes: a) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (p. ej., retinas que no funcionan) e b) incapacidad para percibir la luz en ninguno de los dos ojos, Y 2) si actualmente está en tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente debe cumplir al menos uno de los siguientes requisitos: a) aumento del sueño nocturno total o b) disminución de la duración de la siesta diurna. Para alteraciones nocturnas del sueño en el síndrome de Smith-Magenis (SMS): 1) para el tratamiento inicial y el tratamiento de continuación, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS Y 2) si actualmente está en tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente experimentó una mejora en la calidad del sueño desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	Trastorno por ciclo de sueño y vigilia diferente de 24 horas: 18 años de edad en adelante. SMS: 16 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Recetado o en consulta con un especialista en trastornos del sueño, un neurólogo o un psiquiatra
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO
Nombres del medicamento	DIPYRIDAMOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlos en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	HRM-AMITRIPTYLINE
Nombres del medicamento	AMITRIPTYLINE HYDROCHLORI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Dolor neuropático, profilaxis del dolor de cabeza crónico por tensión, dolor crónico de cuello.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: SSRI (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), SNRI (inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina), bupropion, mirtazapine, o trazodone Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: SSRI (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), SNRI (inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina), bupropion, mirtazapine, o trazodone. Para todas las indicaciones: 1) la persona que receta debe reconocer que los beneficios del tratamiento con este medicamento recetado superan los posibles riesgos para el paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-ANTICONVULSANTS
Nombres del medicamento	PHENOBARBITAL, PHENOBARBITAL SODIUM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Epilepsia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlos en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	HRM-ANTIPARKINSON
Nombres del medicamento	BENZTROPINE MESYLATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Síntomas extrapiramidales (EPS): 1) el paciente no ha probado el medicamento alternativo de no alto riesgo (HRM), amantadine, Y 2) el paciente tiene una contraindicación al medicamento alternativo no HRM, amantadine; O 3) el paciente ha probado el medicamento alternativo no HRM amantadine Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo no HRM, amantadine. Parkinson: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no-HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole, o ropinirole Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes fármacos alternativos no-HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole, o ropinirole. Para todas las indicaciones: 1) la persona que receta debe reconocer que los beneficios del tratamiento con este medicamento recetado superan los posibles riesgos para el paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-CYPROHEPTADINE
Nombres del medicamento	CYPROHEPTADINE HCL, CYPROHEPTADINE HYDROCHLOR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Prurito, espasticidad debido a una lesión en la médula espinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para rinitis: 1) el paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal. Para todas las indicaciones: 1) la persona que receta debe reconocer que los beneficios del tratamiento con este medicamento recetado superan los posibles riesgos para el paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia al año.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-DOXEPIN
Nombres del medicamento	DOXEPIN HCL, DOXEPIN HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: SSRI (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), SNRI (inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina), bupropion, mirtazapine, o trazodone Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: SSRI (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), SNRI (inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina), bupropion, mirtazapine, o trazodone. Para la ansiedad: 1) el paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline, o venlafaxine extended-release Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline, o venlafaxine extended-release. Para todas las indicaciones: 1) la persona que receta debe reconocer que los beneficios del tratamiento con este medicamento recetado superan los posibles riesgos para el paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE ER
Nombres del medicamento	GUANFACINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE IR
Nombres del medicamento	GUANFACINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	HRM-HYDROXYZINE
Nombres del medicamento	HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE, HYDROXYZINE PAMOATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada; O 3) el paciente no ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda. Para todas las indicaciones: 1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia al año.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-HYDROXYZINE INJ
Nombres del medicamento	HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. Para el síndrome de abstinencia alcohólica: 1) El paciente no ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam; Y 2) el paciente tiene una contraindicación a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam; O 3) el paciente ha probado uno de los medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam. Para la ansiedad: 1) el paciente ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine extended-release Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine extended-release; O 3) el paciente no ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine extended-release Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-HYPNOTICS
Nombres del medicamento	ZOLPIDEM TARTRATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el insomnio: 1) el paciente cumple uno de los siguientes requisitos: a) tiene una contraindicación para los medicamentos alternativos no HRM (medicamentos de alto riesgo) doxepin (3 mg o 6 mg) y ramelteon, O b) el paciente ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos no HRM (medicamentos de alto riesgo): doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos no HRM (medicamentos de alto riesgo): doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y 2) la persona que receta el medicamento debe reconocer que los beneficios del tratamiento con este medicamento recetado superan los posibles riesgos para este paciente Y 3) si el paciente está utilizando dos o más medicamentos adicionales activos en el sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos en el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos activos en el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlos en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulativos de terapia al año.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-MECLIZINE
Nombres del medicamento	MECLIZINE HCL, MECLIZINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) la persona que receta debe reconocer que los beneficios del tratamiento con este medicamento recetado superan los posibles riesgos para el paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlos en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia al año.
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	HRM-PROMETHAZINE
Nombres del medicamento	PROMETHAZINE HCL, PROMETHAZINE HYDROCHLORID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para rinitis: 1) el paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal. Para todas las indicaciones: 1) la persona que receta debe reconocer que los beneficios del tratamiento con este medicamento recetado superan los posibles riesgos para el paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlos en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia al año.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-SKELETAL MUSCLE RELAXANTS
Nombres del medicamento	CARISOPRODOL, CYCLOBENZAPRINE HYDROCHLO, METHOCARBAMOL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) la persona que receta el medicamento debe reconocer que los beneficios del tratamiento con este medicamento recetado superan los posibles riesgos para este paciente Y 2) si el paciente está utilizando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlos en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulativos de terapia al año.
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	HRM-TCA NEUROPATHIC PAIN
Nombres del medicamento	DESIPRAMINE HYDROCHLORIDE, IMIPRAMINE HCL, IMIPRAMINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Dolor neuropático.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: SSRI (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), SNRI (inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina), bupropion, mirtazapine, o trazodone Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: SSRI (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), SNRI (inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina), bupropion, mirtazapine, o trazodone. Para todas las indicaciones: 1) la persona que receta debe reconocer que los beneficios del tratamiento con este medicamento recetado superan los posibles riesgos para el paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HUMIRA
Nombres del medicamento	HUMIRA, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PS/UV STARTER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Espondiloartritis axial no radiográfica, enfermedad de Behçet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave (solo nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al methotrexate (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético específico. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impide probar los NSAID. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para las panuveítis intermedias, posteriores y no infecciosas (solo nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticosteroide, O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con corticosteroides.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	HYRNUO
Nombres del medicamento	HYRNUO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) la enfermedad es positiva para las mutaciones del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) (oncogén eritroblástico B [ERBB2]) Y 2) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 3) el medicamento solicitado se usará como terapia posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	IBRANCE
Nombres del medicamento	IBRANCE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Liposarcoma bien diferenciado/desdiferenciado, irresecable, del retroperitoneo, cáncer de mama recurrente con receptores hormonales positivos y negativo al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad con receptores hormonales (HR) positivos, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, Y 3) el paciente cumple con UNO de los siguientes criterios: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un inhibidor de aromatasa o fulvestrant, Y el paciente ha experimentado un evento adverso intolerable o tiene una contraindicación para Kisqali (ribociclib) o Verzenio (abemaciclib), O b) el paciente es resistente a la terapia endocrina y presenta una mutación en PIK3CA Y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con inavolisib y fulvestrant.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	IBTROZI
Nombres del medicamento	IBTROZI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ICATIBANT
Nombres del medicamento	ICATIBANT ACETATE, SAJAZIR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los ataques agudos de angioedema debidos al angioedema hereditario (HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio, O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo para una mutación de los genes F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), O b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue refractario a un ensayo de tratamiento con dosis altas de antihistamínicos durante al menos un mes.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un inmunólogo, alergista o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ICLUSIG
Nombres del medicamento	ICLUSIG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de FGFR1 o ABL1 en fase crónica o blástica, tumores del estroma gastrointestinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el paciente tiene CML en fase acelerada o blástica y no está indicado ningún otro inhibidor de la cinasa, O 2) el paciente tiene CML en fase crónica y ha experimentado resistencia o intolerancia a al menos dos inhibidores de la cinasa previos Y al menos uno de ellos era imatinib, dasatinib o nilotinib, O 3) el paciente es positivo para la mutación T315I, O 4) el paciente no presenta ninguna mutación identificable de BCR-ABL1 y presenta resistencia al tratamiento primario con imatinib, bosutinib, dasatinib o nilotinib. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: Diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para los tumores del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad cumple alguna de las siguientes condiciones: A) residual, B) no resecable, C) recurrente, D) ruptura metastásica/tumoral; Y 2) la enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos terapias aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	IDHIFA
Nombres del medicamento	IDHIFA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Leucemia mieloide aguda recientemente diagnosticada
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para leucemia mieloide aguda (AML) con una mutación de la isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2): 1) el paciente tiene AML recién diagnosticada y no es candidato para recibir terapia de inducción intensiva o la rechaza, O 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior a la inducción tras la respuesta a la terapia de inducción con el medicamento solicitado, O 3) el paciente tiene AML recidivante o refractaria, O 4) el medicamento solicitado se utilizará como terapia de consolidación.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	IMATINIB
Nombres del medicamento	IMATINIB MESYLATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tumores desmoides, sinovitis villonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes (PVNS/TGCT), cordoma recurrente, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi, enfermedad crónica de injerto contra huésped (cGVHD), leucemia linfoblástica aguda de células T con translocación de clase ABL, mastocitosis sistémica agresiva por mastocitosis sistémica bien diferenciada (WDSM) o cuando haya eosinofilia con gen de fusión FIP1L1-PDGFRA, neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1, FIP1L1-PDGFRA o PDGFRB en la fase crónica o blástica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML) o la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: Diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML: el paciente no tuvo resultados insatisfactorios en el tratamiento anterior (salvo fracaso por intolerancia) con inhibidores de la tirosina cinasa. Para melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se usará como terapia posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	IMBRUVICA
Nombres del medicamento	IMBRUVICA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Leucemia de células pilosas, linfoma linfoplasmocítico, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), linfoma difuso de células B grandes, trastornos linfoproliferativos postrasplante, linfoma de células B de alto grado, linfoma de células del manto, linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma de la zona marginal extranodal del estómago, el linfoma de la zona marginal extranodal de sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal nodal y el linfoma de la zona marginal esplénica), metástasis cerebrales en el linfoma.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de células del manto: 1) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior O 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con rituximab como pretratamiento para la terapia de inducción con el régimen RHyperCVAD (rituximab, cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, y dexamethasone), O 3) el medicamento solicitado se utilizará como terapia de inducción agresiva. Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma de la zona marginal extraganglionar del estómago, el linfoma de la zona marginal extraganglionar de sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma de la zona marginal esplénico): el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se usará como agente único para el avance de la enfermedad. Para el linfoma primario del CNS: 1) la enfermedad es recidivante o refractaria al tratamiento O 2) el medicamento solicitado se utiliza como agente único para la terapia de inducción. Para el linfoma difuso de células B, linfoma de células B de alto grado, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): el medicamento solicitado se utilizará como agente único y como terapia de segunda línea o posterior para la enfermedad recidivante o refractaria. Para trastornos linfoproliferativos posteriores a un trasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido una quimioterapia previa.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	IMKELDI
Nombres del medicamento	IMKELDI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cordoma recurrente, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: El paciente no puede tomar comprimidos de imatinib. Para la leucemia mieloide crónica (CML) o la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: Diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML: el paciente no tuvo resultados insatisfactorios en el tratamiento anterior (salvo fracaso por intolerancia) con inhibidores de la tirosina cinasa. Para melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se usará como terapia posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	INBRIJA
Nombres del medicamento	INBRIJA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento inicial de episodios recidivantes en la enfermedad de Parkinson: 1) el paciente está siendo tratado actualmente con carbidopa/levodopa oral Y 2) el paciente no padece ninguna de las siguientes enfermedades: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) u otra enfermedad pulmonar crónica subyacente. Para el tratamiento de continuación de episodios recidivantes en la enfermedad de Parkinson: El paciente experimenta mejorías con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	INCRELEX
Nombres del medicamento	INCRELEX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerrada
Información médica requerida	Para falla de crecimiento por deficiencia grave del factor de crecimiento insulínico 1 (IGF-1) primario o delección del gen de la hormona de crecimiento (GH) en pacientes que desarrollaron anticuerpos neutralizantes de la hormona de crecimiento, se deben cumplir todos los siguientes requisitos antes de comenzar la terapia con el medicamento solicitado (solo nuevos casos): 1) Estatura de 3 desviaciones estándar o más por debajo de la media para niños de la misma edad y género Y 2) nivel inicial de IGF-1 de 3 desviaciones estándar o más por debajo de la media para niños de la misma edad y género Y 3) la prueba de la hormona del crecimiento sugestiva muestra un nivel de hormonas del crecimiento normal o elevado. Para la falla de crecimiento debido a la deficiencia primaria grave de IGF-1 o delección del gen de la GH en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la GH, continuación del tratamiento: el paciente experimenta mejorías.
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	INLURIYO
Nombres del medicamento	INLURIYO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	INLYTA
Nombres del medicamento	INLYTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma de tiroides (papilar, oncocítico o folicular), sarcoma alveolar de partes blandas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: la enfermedad está avanzada, recurrente o en estadio IV.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	INQOVI
Nombres del medicamento	INQOVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	INREBIC
Nombres del medicamento	INREBIC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento janus cinasa 2 (JAK2), neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento del JAK2: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	SUMINISTROS DE INSULINA
Nombres del medicamento	-
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El producto solicitado se está utilizando con insulina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	IR BEFORE ER
Nombres del medicamento	HYDROCODONE BITARTRATE ER, METHADONE HCL, METHADONE HYDROCHLORIDE, METHADONE HYDROCHLORIDE I, MORPHINE SULFATE ER, OXYCONTIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se prescribe para el dolor asociado al cáncer, la anemia falciforme, una enfermedad terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos O el paciente cumple todos los requisitos siguientes: 1) el medicamento solicitado se receta para tratar un dolor tan intenso y persistente que requiere un tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando opioides Y 2) el paciente puede tomar la dosis solicitada de forma segura según su historial de uso de opioides [Nota: A este medicamento solo lo puede recetar un profesional de atención médica especializado en el uso de opioides potentes para el control de dolor crónico]. Y 3) el paciente ha sido evaluado y será monitoreado por el desarrollo del trastorno por uso de opioides; Y 4) la solicitud es para continuar la terapia para un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha recibido un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	IRESSA
Nombres del medicamento	GEFITINIB
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ISOTRETINOIN
Nombres del medicamento	ACCUTANE, AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOIN, ZENATANE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Acné vulgar grave, rosácea refractaria grave, neuroblastoma, linfoma cutáneo de células T (CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sézary), alto riesgo de desarrollar cáncer de piel (cánceres de células escamosas), dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover), queratosis folicular (enfermedad de Darier), ictiosis lamelar, pitiriasis rubra pilaris
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ITOVEBI
Nombres del medicamento	ITOVEBI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama, el paciente cumple con todos los siguientes criterios: a) la enfermedad es recurrente, localmente avanzada o metastásica, b) la enfermedad es positiva para el receptor hormonal (HR), negativa para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y con mutación de PIK3CA, c) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con fulvestrant y palbociclib, d) el paciente ha experimentado progresión de la enfermedad, recaída o recurrencia después de completar la terapia endocrina adyuvante o durante esta.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	IVERMECTIN TAB
Nombres del medicamento	IVERMECTIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Ascariasis, Larva migratoria cutánea, Mansoneliasis, Sarna, Gnatostomiasis, Pediculosis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado no se receta para la prevención o el tratamiento de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	IVIG
Nombres del medicamento	ALYGLO, BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LIQUID, GAMMAGARD LIQUID ERC, GAMMAGARD S/D IGA LESS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Leucemia linfocítica crónica (CLL) de células B: 1) IgG sérica inferior a 500 mg/dl, O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para trasplante de médula ósea/trasplante de células madre hematopoyéticas (BMT/HSCT): 1) se solicita IVIG dentro de los primeros 100 días después del trasplante O 2) IgG sérica inferior a 400 mg/dl. Para infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) en niños: 1) IgG sérica inferior a 400 mg/dl, O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para dermatomiositis y polimiositis: 1) Se ha probado, al menos, un tratamiento de primera línea estándar (corticosteroides o inmunosupresores) sin resultados satisfactorios, o que no fue tolerado O 2) el paciente no puede recibir la terapia estándar debido a una contraindicación u otro motivo clínico. Para aplasia pura de glóbulos rojos (PRCA): PRCA por infección de parvovirus B19.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	IWILFIN
Nombres del medicamento	IWILFIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	JAKAFI
Nombres del medicamento	JAKAFI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Mielofibrosis de bajo riesgo, neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica, leucemia linfoblástica aguda (ALL), leucemia mielomonocítica crónica (CMML)-2, síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia, trombocitemia esencial, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento JAK2, leucemia prolinfocítica de células T, leucemia infocítica granular grande de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la policitemia vera: 1) el paciente presenta una respuesta inadecuada, intolerancia o resistencia a hydroxyurea Y 2) el paciente cumple UNA de las siguientes condiciones: a) el paciente presenta una respuesta inadecuada o intolerancia a Besremi (ropeginterferón alfa-2b-njft), O b) el paciente presenta una enfermedad de alto riesgo. Para la leucemia linfocítica aguda: el paciente presenta una mutación del factor 2 similar al receptor de citocinas (CRLF2) o una mutación asociada con la vía de activación de la cinasa Janus/los transductores de señal y activadores de transcripción (JAK/STAT). Para la CMML-2: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un agente hipometilante. Para el síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia: el medicamento solicitado se utiliza como agente único o en combinación con un agente hipometilante. Para la trombocitemia esencial: el paciente presentó una respuesta inadecuada o la pérdida de respuesta a la terapia con interferon, hydroxyurea o anagrelide. Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento del JAK2: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	JAYPIRCA
Nombres del medicamento	JAYPIRCA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extranodal de la zona marginal del estómago, el linfoma extranodal de la zona marginal de localizaciones no gástricas, el linfoma nodal de la zona marginal, el linfoma esplénico de la zona marginal).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (CLL/SLL): El paciente ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de la tirosina quinasa de Bruton (BTK), por ejemplo, Calquence (acalabrutinib) o Brukinsa (zanubrutinib). Para el linfoma de células del manto: el paciente recibió tratamiento previo para un inhibidor de BTK, por ejemplo, Calquence (acalabrutinib) o Brukinsa (zanubrutinib). Para el linfoma de la zona marginal (MZL): el paciente ha recibido un inhibidor covalente de la tirosina quinasa de Bruton (BTK), p. ej., Calquence (acalabrutinib) o Brukinsa (zanubrutinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	JIDEYTRO
Nombres del medicamento	JIDEYTRO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	JOURNAVX
Nombres del medicamento	JOURNAVX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	JYNARQUE
Nombres del medicamento	TOLVAPTAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	KALYDECO
Nombres del medicamento	KALYDECO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística), como ivacaftor o deutivacaftor.
Restricciones de edad	1 mes de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	KANJINTI
Nombres del medicamento	KANJINTI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma esofágico y de la unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2 positivo, carcinoma hepatobiliar HER2 positivo irresecable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad presenta amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2, O 4) el paciente presenta metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	KESIMPTA
Nombres del medicamento	KESIMPTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	KETOCONAZOLE
Nombres del medicamento	KETOCONAZOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Síndrome de Cushing
Criterios de exclusión	Enfermedad hepática aguda o crónica. Uso concomitante con medicamentos contraindicados con comprimidos de ketoconazole: dofetilide, quinidine, pimozide, cisapride, methadone, disopyramide, dronedarone, ranolazine, ergot alkaloids, irinotecan, lurasidone, midazolam oral, alprazolam, triazolam, felodipine, nisoldipine, tolvaptan, eplerenone, lovastatin, simvastatin o colchicine.
Información médica requerida	Los posibles beneficios superan los riesgos del tratamiento con ketoconazole por vía oral. Para infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene cualquiera de los siguientes diagnósticos: blastomycosis, coccidioidomycosis, histoplasmosis, cromomycosis o paracoccidioidomycosis. Para el síndrome de Cushing: el medicamento solicitado se receta para un paciente que no puede tolerar la cirugía o cuando la cirugía no ha sido curativa.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	KEYTRUDA
Nombres del medicamento	KEYTRUDA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	KEYTRUDA QLEX
Nombres del medicamento	KEYTRUDA QLEX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	KINERET
Nombres del medicamento	KINERET
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Artritis idiopática juvenil sistémica, enfermedad de Still del adulto, enfermedad de Castleman multicéntrica, síndrome de Schnitzler, enfermedad de Erdheim-Chester.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave (solo nuevos casos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib-extended release). Para la artritis idiopática juvenil sistémica activa (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Tyenne (tocilizumab-aazg).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	KISQALI
Nombres del medicamento	KISQALI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente con receptores hormonales positivos y negativo al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), combinado con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozole para tumores positivos al receptor de estrógenos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	KOMZIFTI
Nombres del medicamento	KOMZIFTI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	KORLYM
Nombres del medicamento	MIFEPRISTONE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	KOSELUGO
Nombres del medicamento	KOSELUGO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Glioma circunscrito recurrente o progresivo con fusión BRAF o mutación activadora BRAF V600E positiva, histiocitosis de células de Langerhans.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Para neurofibromatosis tipo 1: 1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	KRAZATI
Nombres del medicamento	KRAZATI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para KRAS G12C, metástasis cerebrales en el sistema nervioso central (CNS) derivadas de un NSCLC positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma pancreático KRAS G12C positivo, adenocarcinoma ampular KRAS G12C positivo, adenocarcinoma apendicular KRAS G12C positivo, cáncer del tracto biliar KRAS G12C positivo (colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático, cáncer de vesícula biliar).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	LAPATINIB
Nombres del medicamento	LAPATINIB DITOSYLATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Metástasis cerebral por cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama recurrente con HER2, cordoma con receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) recurrente, cáncer colorrectal amplificado para HER2 y de tipo salvaje para RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama, el paciente cumple todos los siguientes criterios: a) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica (incluidas las metástasis cerebrales), b) la enfermedad es positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), c) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con cualquiera de los siguientes: 1) inhibidor de aromatasa, 2) capecitabine O 3) trastuzumab. Para cáncer colorrectal: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab y 2) la paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	LAZCLUZE
Nombres del medicamento	LAZCLUZE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	LENVIMA
Nombres del medicamento	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE, LENVIMA 12MG DAILY DOSE, LENVIMA 14 MG DAILY DOSE, LENVIMA 18 MG DAILY DOSE, LENVIMA 20 MG DAILY DOSE, LENVIMA 24 MG DAILY DOSE, LENVIMA 4 MG DAILY DOSE, LENVIMA 8 MG DAILY DOSE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma medular de tiroides, carcinoma endometrial recurrente, carcinoma tímico, melanoma cutáneo irreseccable o metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de tiroides diferenciado (folicular, papilar u oncocítico): enfermedad no susceptible de tratamiento con yodo radiactivo e irreseccable, localmente recurrente, persistente o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular (HCC): la enfermedad es irreseccable, extrahepática/metastásica o confinada al hígado. Para el carcinoma de células renales (RCC): la enfermedad es avanzada, recurrente o en estadio IV. Para el carcinoma endometrial (EC), la paciente cumple TODOS los requisitos siguientes: 1) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con pembrolizumab, 3) el paciente experimentó progresión de la enfermedad tras un tratamiento sistémico previo. Para el carcinoma anaplásico de tiroides, el paciente cumple TODOS los siguientes requisitos: 1) la enfermedad es metastásica, 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con pembrolizumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	LEUKERAN
Nombres del medicamento	LEUKERAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	LEUPROLIDE
Nombres del medicamento	LEUPROLIDE ACETATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Uso en combinación con hormona de crecimiento para niños con retraso del crecimiento y pubertad avanzada, tumores recurrentes de glándulas salivales con receptores androgénicos positivos, pubertad precoz central
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que no reciben tratamiento actualmente deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal de una prueba de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica apoya el diagnóstico de CPP, 3) el inicio de los caracteres sexuales secundarios se produjo antes de los 8 años de edad en las pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad en los pacientes de sexo masculino.
Restricciones de edad	Pubertad precoz central (CPP) El paciente debe tener menos de 12 años en mujeres y menos de 13 años en varones.
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	LIDOCAINE PATCHES
Nombres del medicamento	LIDOCAINE, LIDOCAN, TRIDACAINE III
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Dolor asociado con neuropatía diabética, dolor asociado con neuropatía relacionada con cáncer (incluida la neuropatía relacionada con el tratamiento [p. ej., neuropatía asociada con radioterapia o quimioterapia]).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	LIFYORLI
Nombres del medicamento	LIFYORLI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	LIVTENCITY
Nombres del medicamento	LIVTENCITY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un especialista en enfermedades infecciosas, un especialista en trasplantes, un hematólogo o un oncólogo.
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	LONSURF
Nombres del medicamento	LONSURF
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de esófago irreseccable, localmente avanzado, recurrente o metastásico. Cáncer gástrico localmente avanzado o recurrente, irreseccable y cánceres de la unión gastroesofágica. Adenocarcinoma apendicular avanzado o metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): La enfermedad es avanzada o metastásica. Para el adenocarcinoma gástrico, esofágico o de la unión gastroesofágica, deben cumplirse TODOS los criterios siguientes: 1) la enfermedad es irreseccable, localmente avanzada, recurrente o metastásica y 2) el paciente ha sido tratado previamente con al menos dos líneas de quimioterapia anteriores.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	LORBRENA
Nombres del medicamento	LORBRENA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), NSCLC recurrente, avanzado o metastásico positivo para el reordenamiento del protooncogén tirosina-proteína quinasa ROS1 (ROS1), enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/refractaria positiva para ALK, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) con translocación de ALK (incluido el sarcoma uterino avanzado, recurrente/metastásico o inoperable para el IMT con translocación de ALK), metástasis cerebrales en el sistema nervioso central (CNS) por NSCLC con reordenamiento positivo de ALK, linfoma difuso de células B grandes ALK positivo recidivante o refractario, linfoma periférico de células T ALK positivo recidivante o refractario.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas recurrente, avanzado o metastásico: 1) la enfermedad es positiva para ALK, O 2) la enfermedad es positiva para el reordenamiento ROS1 y el medicamento solicitado se está utilizando tras la progresión de la enfermedad con uno de los siguientes: crizotinib, entrectinib, ceritinib o repotrectinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	LUMAKRAS
Nombres del medicamento	LUMAKRAS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente KRAS G12C positivo, adenocarcinoma pancreático recurrente, localmente avanzado o metastásico KRAS G12C positivo, cáncer colorrectal avanzado o irresecable KRAS G12C positivo (incluido el adenocarcinoma apendicular), adenocarcinoma ampular progresivo KRAS G12C positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el paciente presenta una mutación KRAS G12C positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	LUMIZYME
Nombres del medicamento	LUMIZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Pompe: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa ácida (GAA) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	LUPRON PED
Nombres del medicamento	LUPRON DEPOT-PED (1 MES, LUPRON DEPOT-PED (3 MESES, LUPRON DEPOT-PED (6 MESES
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que no reciben tratamiento actualmente deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) Diagnóstico de CPP confirmado por una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O nivel puberal de un ensayo de la hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) la evaluación de la edad ósea contra la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP, Y 3) la aparición de las características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años en pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años en pacientes de sexo masculino.
Restricciones de edad	Pubertad precoz central (CPP) El paciente debe tener menos de 12 años en mujeres y menos de 13 años en varones.
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	LUPRON-ENDOMETRIOSIS
Nombres del medicamento	LUPRON DEPOT (1 MES), LUPRON DEPOT (3 MESES)
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama, cáncer de ovario/cáncer de trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, tumor recurrente de glándula salival con receptor androgénico positivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el retratamiento de la endometriosis, el medicamento solicitado se utiliza en combinación con acetato de noretindrona. Para fibromas uterinos, la paciente cumplirá con uno de los siguientes criterios: 1) diagnóstico de anemia (p. ej., hematocrito inferior o igual al 30 % y/o hemoglobina inferior o igual a 10 g/dl), O 2) el medicamento solicitado se utilizará antes de la cirugía para los fibromas uterinos. En el caso de cáncer de mama, el medicamento solicitado se utiliza para la enfermedad con receptores hormonales (HR).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Fibromas: 3 meses (mes), máximo de 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo de 12 meses en total. Otras: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	LYNPARZA
Nombres del medicamento	LYNPARZA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo y mutación de la línea germinal BRCA 1/2, cáncer de mama recurrente o metastásico con HER2, cáncer de mama con mutación de la línea germinal BRCA 1/2, leiomiomasarcoma uterino.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama recurrente o metastásico: la enfermedad presenta una mutación de la línea germinal BRCA 1/2. Para cáncer de próstata: 1) el paciente tiene una mutación BRCA y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con abiraterona y un corticosteroide oral O 2) el paciente ha progresado con un tratamiento previo con un tratamiento dirigido al receptor de andrógenos. Para el cáncer de ovario, de trompas de Falopio o primario de peritoneo: El medicamento solicitado se utiliza para la terapia de mantenimiento de la enfermedad en estadio II-IV o recurrente que presentan un respuesta completa o parcial a la quimioterapia. Para el leiomiomasarcoma uterino: 1) el paciente ha recibido al menos un tratamiento previo Y 2) el paciente tiene la enfermedad alterada por BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	LYTGOBI
Nombres del medicamento	LYTGOBI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Colangiocarcinoma extrahepático
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el colangiocarcinoma: 1) el paciente tiene un diagnóstico de colangiocarcinoma irresecable, localmente avanzado o metastásico, 2) el medicamento solicitado se usará como terapia posterior Y 3) el paciente tiene una enfermedad que presenta una fusión del gen del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2) u otro reordenamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	MAVYRET
Nombres del medicamento	MAVYRET
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/trastorno hepático moderado o grave (puntuación Child Turcotte Pugh [CTP] de clase B o C)
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por presencia de RNA del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [CTP clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento vigentes de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) y la Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Se aplicarán los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	MEGESTROL
Nombres del medicamento	MEGESTROL ACETATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Caquexia relacionada con el cáncer en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la suspensión oral de megestrol 40 miligramos por mililitro (40 mg/ml).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	MEKINIST
Nombres del medicamento	MEKINIST
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman, leucemia de células pilosas.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para una mutación BRAF, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único o en combinación con dabrafenib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes fines: a) enfermedad irresecable, resecable de forma limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante o neoadyuvante. Para el melanoma uveal: El medicamento solicitado se utilizará como agente único Para el cáncer de ovario, el cáncer de trompas de Falopio y el cáncer peritoneal primario: El medicamento solicitado se utilizará para tratar la enfermedad persistente o recurrente. Para el carcinoma papilar, folicular y oncocítico de tiroides: 1) La enfermedad es positiva para la mutación BRAF V600E, Y 2) La enfermedad no es susceptible al tratamiento con yodo radiactivo (RAI), Y 3) El fármaco solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para la leucemia de células pilosas: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib, Y 2) el paciente no ha recibido tratamiento previo con terapia inhibidora de BRAF. Para tumores sólidos: 1) Tumor con mutación del gen BRAF V600E y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	MEKTOVI
Nombres del medicamento	MEKTOVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Terapia sistémica adyuvante o neoadyuvante para melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans, cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes fines: a) enfermedad irresecable, resecable de forma limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante o neoadyuvante. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) Tumor con mutación BRAF V600E positivo, 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib Y 3) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	MEMANTINE
Nombres del medicamento	MEMANTINE HYDROCHLORIDE, MEMANTINE HYDROCHLORIDE E
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes menores de 30 años.
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	MEPRON
Nombres del medicamento	ATOVAQUONE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Babesiosis, toxoplasmosis, profilaxis de neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> en pacientes pediátricos, tratamiento de neumonía leve a moderada por <i>Pneumocystis jirovecii</i> en pacientes pediátricos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de neumonía leve a moderada por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP): el paciente tuvo intolerancia o contraindicación al sulfametoxazol/trimetoprima (SMX-TMP). Para la prevención de la PCP y las indicaciones de profilaxis de la toxoplasmosis primaria: 1) el paciente tuvo una intolerancia o tiene una contraindicación a SMX-TMP Y 2) el paciente está inmunocomprometido. Para la profilaxis de toxoplasmosis secundaria: el paciente está inmunocomprometido. Para el tratamiento de la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza simultáneamente con azitromicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Profilaxis de toxoplasmosis, profilaxis del PCP: 6 meses. Todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	METHYLPHENIDATE
Nombres del medicamento	METHYLPHENIDATE HYDROCHLO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o trastorno de déficit de atención (ADD) O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño O 3) el medicamento solicitado se receta para el tratamiento del agotamiento relacionado con el cáncer después de haber descartado otras causas de agotamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	MODAFINIL
Nombres del medicamento	MODAFINIL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Hipersomnia idiopática
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la somnolencia excesiva asociada a la narcolepsia: El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada a la apnea obstructiva del sueño (OSA): El diagnóstico se ha confirmado mediante polisomnografía o pruebas de apnea del sueño en casa (HSAT) con un dispositivo técnicamente adecuado. Para hipersomnia idiopática, solicitud inicial, el diagnóstico ha sido confirmado por TODOS los siguientes: 1) El paciente ha experimentado lapsos de sueño o una necesidad irreprimible de dormir durante el día, diariamente, durante al menos 3 meses, Y 2) el síndrome de sueño insuficiente se confirma ausente, Y 3) la cataplejía está ausente, Y 4) menos de 2 períodos de movimiento ocular rápido de inicio del sueño (SOREMP) o ningún SOREMP, si la latencia del movimiento ocular rápido en un estudio del sueño nocturno fue menor o igual a 15 minutos, Y 5) la latencia promedio del sueño de menos o igual a 8 minutos en la prueba de latencia múltiple del sueño o el tiempo total de sueño de 24 horas es mayor o igual a 11 horas Y 6) otra afección (trastorno del sueño, trastorno médico o psiquiátrico o uso de drogas/medicamentos) no explica mejor la hipersomnolencia y los resultados de las pruebas. Para la hipersomnia idiopática, continuación del tratamiento: El paciente ha experimentado una disminución de la somnolencia diurna desde el inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	MODEYSO
Nombres del medicamento	MODEYSO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	MONJUVI
Nombres del medicamento	MONJUVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Linfoma de células B relacionado con el HIV, trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (tipo de células B), linfoma de células B de alto grado
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) no especificado, el linfoma de células B relacionado con el HIV, el trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (tipo de células B), el linfoma de células B de alto grado, el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) no especificado, incluido el DLBCL derivado de un linfoma de bajo grado: 1) El paciente tiene enfermedad recidivante o refractaria, Y 2) el paciente no es elegible para un trasplante autólogo de células madre (ASCT).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	MOUNJARO
Nombres del medicamento	MOUNJARO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	MRESVIA
Nombres del medicamento	MRESVIA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de enfermedades del tracto respiratorio inferior (LRTD) y LRTD graves causadas por el virus respiratorio sincitial (VRS): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el VRS (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	NAGLAZYME
Nombres del medicamento	NAGLAZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de mucopolisacaridosis VI (síndrome de Maroteaux-Lamy) confirmada por ensayo enzimático que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	NERLYNX
Nombres del medicamento	NERLYNX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama con receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), metástasis cerebral del cáncer de mama con HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	NEXAVAR
Nombres del medicamento	SORAFENIB TOSYLATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Leucemia mieloide aguda, sarcoma de tejidos blandos (angiosarcoma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva y subtipos de tumor fibroso solitario), tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma recurrente, cáncer epitelial de ovario, cáncer de trompas de Falopio, cáncer peritoneal primario, neoplasias linfoides y/o mieloides con eosinofilia y reordenamiento FLT3 en fase crónica o blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda: la enfermedad es positiva para la duplicación interna en tándem de la tirosina cinasa 3 similar a FMS (FLT3-ITD) y se cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) el medicamento solicitado se está utilizando para la inducción del tratamiento de baja intensidad, la terapia posterior a la inducción o la terapia de consolidación, O 3) la enfermedad es recurrente/refractaria. Para el carcinoma de tiroides: la histología es folicular, papilar, oncocítica o medular. Para tumor de estroma gastrointestinal (GIST): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente o metastásica/ruptura del tumor Y 2) la enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos terapias aprobadas por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	NINLARO
Nombres del medicamento	NINLARO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/refractaria, macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma linfoplasmocítico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	NITISINONE
Nombres del medicamento	NITISINONE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tirosinemia hereditaria tipo 1 (HT-1): Diagnóstico de HT-1 confirmado por uno de los siguientes: 1) pruebas bioquímicas (p. ej., detección de succinilacetona en la orina), 2) pruebas genéticas (análisis de mutaciones), 3) análisis enzimático.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	NORTHERA
Nombres del medicamento	DROXIDOPA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipotensión ortostática neurogénica (nOH): Para el tratamiento inicial, el paciente presenta una disminución persistente y constante de la presión arterial sistólica de al menos 20 mmHg O una disminución de la presión arterial diastólica de al menos 10 mmHg en los 3 minutos siguientes a la bipedestación o a la prueba de inclinación de la cabeza hacia arriba. Para la continuación del tratamiento, el paciente debe haber experimentado una reducción sostenida de los síntomas de nOH (es decir, disminución de los mareos, aturdimiento o sensación de desmayo). Tanto para el tratamiento inicial como para la continuación de este, el medicamento solicitado se utilizará en pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada a uno de los siguientes diagnósticos: 1) Falla autonómica primaria debido a enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica, o falla autonómica pura, O 2) deficiencia de dopamina betahidroxilasa, O 3) neuropatía autonómica no diabética.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	NOXAFIL SUSP
Nombres del medicamento	POSACONAZOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se administrará por vía oral. Para el tratamiento de candidiasis orofaríngea: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o presenta una contraindicación al fluconazole.
Restricciones de edad	13 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Candidiasis orofaríngea: 1 mes. Todas las otras indicaciones: 6 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	NUBEQA
Nombres del medicamento	NUBEQA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	NUEDEXTA
Nombres del medicamento	DEXTROMETHORPHAN HYDROBRO, NUEDEXTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el afecto pseudobulbar (PBA), inicial: 1) el paciente tiene un diagnóstico de afecto pseudobulbar debido a una enfermedad o lesión neurológica subyacente Y 2) el paciente está experimentando episodios de PBA caracterizados por episodios involuntarios, repentinos y frecuentes de risa y/o llanto. Para el PBA, continuación: el paciente ha experimentado una disminución en los episodios de afecto pseudobulbar (PBA) desde que comenzó el tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	NUPLAZID
Nombres del medicamento	NUPLAZID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las alucinaciones y los delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe realizarse antes de la aparición de síntomas psicóticos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	NURTEC
Nombres del medicamento	NURTEC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la migraña aguda: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente presenta una contraindicación a un triptano agonista de receptores de 5-HT ₁ . Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y ha experimentado una reducción en los días de migraña al mes con respecto al valor inicial.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 3 meses. Todas las demás indicaciones: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	OCTREOTIDE
Nombres del medicamento	OCTREOTIDE ACETATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Control tumoral de timomas y carcinomas tímicos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para acromegalia inicial: 1) El paciente tiene un nivel elevado de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para su edad y/o sexo según el intervalo de referencia del laboratorio Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o la radioterapia O existe un motivo clínico por el que el paciente no se ha sometido a cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ODOMZO
Nombres del medicamento	ODOMZO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	OFEV
Nombres del medicamento	NINTEDANIB ESYLATE, OFEV
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo nuevos casos): 1) se han descartado otras causas de fibrosis pulmonar, Y 2) el paciente cumple uno de los siguientes requisitos: a) una tomografía computada de alta resolución (HRCT) del tórax o una biopsia pulmonar revelan el patrón habitual de neumonía intersticial (UIP), O b) el estudio de HRCT del tórax revela un resultado distinto al patrón de UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para UIP) y el diagnóstico se respalda mediante una biopsia pulmonar o mediante un análisis multidisciplinario entre, al menos, un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática, si no se ha realizado una biopsia pulmonar. Para las enfermedades pulmonares intersticiales fibrosantes crónicas con fenotipo progresivo (fibrosis pulmonar progresiva): el paciente tiene una enfermedad progresiva confirmada (p. ej., disminución de la capacidad vital forzada [FVC], empeoramiento de los síntomas respiratorios, aumento de la extensión de la fibrosis en la tomografía computada de alta resolución [HRCT]). Para el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a esclerosis: el diagnóstico se ha confirmado mediante una tomografía computada de alta resolución (HRCT) de tórax.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	OGIVRI
Nombres del medicamento	OGIVRI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma esofágico y de la unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2 positivo, carcinoma hepatobiliar HER2 positivo irresecable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad presenta amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2, O 4) el paciente presenta metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	OGSIVEO
Nombres del medicamento	OGSIVEO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	OJEMDA
Nombres del medicamento	OJEMDA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para glioma pediátrico de bajo grado (LGG) recidivante o refractario: el tumor del paciente es positivo para a) fusión o reordenamiento de BRAF O b) mutación de BRAF V600.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	OJJAARA
Nombres del medicamento	OJJAARA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la mielofibrosis, el paciente cumple TODOS los requisitos siguientes: 1) El paciente tiene un diagnóstico de mielofibrosis primaria de riesgo intermedio o alto o mielofibrosis secundaria (es decir, pospolicitemia vera o trombocitemia posesencial), Y 2) el paciente tiene anemia definida como hemoglobina de menos de 10 gramos por decilitro (g/dl) o tiene anemia dependiente de transfusiones, Y 3) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Jakafi (ruxolitinib) O tiene hemoglobina de menos de 8 g/dl.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	OMNIPOD
Nombres del medicamento	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INT, OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 POD, OMNIPOD 5 LIBRE INTRO KIT, OMNIPOD 5 LIBRE PODS, OMNIPOD DASH INTRO KIT (G, OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere un control de insulina con múltiples inyecciones diarias, Y 2) el paciente se autoevalúa los niveles de glucosa cuatro o más veces al día O utiliza un monitor continuo de glucosa, Y 3) el paciente ha experimentado alguno de los siguientes síntomas con el régimen actual para la diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, grandes fluctuaciones en la glucosa en sangre, fenómeno del amanecer con hiperglucemia grave persistente a primera hora de la mañana, variaciones glucémicas graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ONTRUZANT
Nombres del medicamento	ONTRUZANT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma esofágico y de la unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2 positivo, carcinoma hepatobiliar HER2 positivo irresecable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad presenta amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2, O 4) el paciente presenta metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	ONUREG
Nombres del medicamento	ONUREG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Linfoma periférico de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	OPIPZA
Nombres del medicamento	OPIPZA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia, 1) el paciente cumple los dos requisitos siguientes: a) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y b) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes productos de marca: Caplyta, Cobenfy, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar, O 2) El paciente no puede tragar formulaciones orales. Para el tratamiento complementario del trastorno depresivo mayor (MDD), 1) el paciente cumple con los dos requisitos siguientes: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, olanzapine, quetiapine, Y b) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Rexulti, Vraylar, O 2) El paciente no puede tragar formulaciones orales. Para el tratamiento de la irritabilidad asociada con el trastorno autista: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, risperidone O 2) el paciente no puede tragar formulaciones orales. Para el tratamiento del síndrome de Tourette: 1) el paciente ha tenido un ensayo de una formulación genérica de aripiprazole o tiene una intolerancia al aripiprazole genérico, O 2) el paciente no puede tragar formulaciones orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	OPSUMIT
Nombres del medicamento	MACITENTAN, OPSUMIT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo nuevos casos): 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 2 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ORGOVYX
Nombres del medicamento	ORGOVYX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ORKAMBI
Nombres del medicamento	ORKAMBI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística (CF): el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística), como ivacaftor o deutivacaftor.
Restricciones de edad	1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ORSERDU
Nombres del medicamento	ORSERDU
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente con receptores hormonales, con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Cáncer de mama: 1) la enfermedad es positiva para el receptor de estrógenos (ER), sin receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y con mutación de ESR1, Y 2) el paciente cumple uno de los siguientes criterios: a) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica Y el paciente presenta progresión de la enfermedad tras al menos una línea de tratamiento endocrino O b) la enfermedad no respondió al tratamiento sistémico preoperatorio.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	OZEMPIC
Nombres del medicamento	OZEMPIC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	OZEMPIC TAB
Nombres del medicamento	OZEMPIC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	PANRETIN
Nombres del medicamento	PANRETIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento tópico de lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado con el AIDS
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	PEGASYS
Nombres del medicamento	PEGASYS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Neoplasia mieloproliferativa (trombocitemia esencial, policitemia vera, mielofibrosis sintomática de bajo riesgo), mastocitosis sistémica, leucemia/linfoma de células T en adultos, micosis fungoide/síndrome de Sézary, trastornos cutáneos primarios linfoproliferativos de linfocitos T CD30+, leucemia de células pilosas, enfermedad de Erdheim-Chester, tratamiento inicial durante el embarazo para la leucemia mieloide crónica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hepatitis C crónica: virus de la hepatitis C (HCV) confirmado por la presencia de RNA del virus de la hepatitis C (HCV) en suero antes de iniciar el tratamiento y el régimen de tratamiento planificado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	HCV: 12 a 48 semanas. HBV: 48 semanas. Otras: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	PEMAZYRE
Nombres del medicamento	PEMAZYRE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	PHENYLBUTYRATE
Nombres del medicamento	SODIUM PHENYLBUTYRATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento crónico de los trastornos del ciclo de la urea (UCD): Diagnóstico de UCD confirmado por pruebas genéticas, enzimáticas o bioquímicas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	PHESGO
Nombres del medicamento	PHESGO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	PIMECROLIMUS
Nombres del medicamento	PIMECROLIMUS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Psoriasis en la cara, los genitales o los pliegues de la piel.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para dermatitis atópica leve a moderada (eccema): el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta a áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o pliegues de la piel) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a, al menos, un agente del tratamiento de primera línea (p. ej., corticosteroides tópicos de potencia media o superior). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se receta para uso crónico a corto plazo o no continuo.
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	PIQRAY
Nombres del medicamento	PIQRAY 200MG DAILY DOSE, PIQRAY 250MG DAILY DOSE, PIQRAY 300MG DAILY DOSE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente con receptores hormonales (HR) positivos, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo y mutación de la subunidad alfa catalítica de la fosfatidilinositol-3-quinasa (PIK3CA) en combinación con fulvestrant.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	POLYPHARMACY-ACH
Nombres del medicamento	AMOXAPINE, DICYCLOMINE HCL, DICYCLOMINE HYDROCHLORIDE, PAROXETINE HCL, PAROXETINE HCL ER, PAROXETINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante.
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	POMALYST
Nombres del medicamento	POMALIDOMIDE, POMALYST
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/refractaria, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el mieloma múltiple, el paciente ha recibido al menos dos terapias previas, incluyendo un agente inmunomodulador Y un inhibidor del proteasoma.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	POSACONAZOLE
Nombres del medicamento	POSACONAZOLE DR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se administrará por vía oral. Para la profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: el paciente pesa más de 40 kilogramos.
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	PREGABALIN
Nombres del medicamento	PREGABALIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Dolor neuropático relacionado con cáncer, dolor neuropático relacionado con el tratamiento para el cáncer
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: si la solicitud es para Lyrica (pregabalin) oral solution, el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación oral sólidas (p. ej., tabletas, cápsulas). Para el tratamiento de la neuralgia posherpética y el dolor neuropático asociado a la neuropatía periférica diabética: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o presenta una contraindicación al gabapentin.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	PREVYMIS
Nombres del medicamento	PREVYMIS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de la infección o enfermedad por citomegalovirus (CMV) en el trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT): 1) el paciente es CMV seropositivo Y 2) el paciente es receptor de un HSCT alogénico. Para la profilaxis de la enfermedad por CMV en trasplante de riñón: 1) el paciente es CMV seropositivo Y 2) el paciente es un receptor de alto riesgo de trasplante renal.
Restricciones de edad	HSCT: 6 meses de edad en adelante. Trasplante de riñón: 12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	7 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	PROCRIT
Nombres del medicamento	PROCRIT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Anemia por síndromes mielodisplásicos (MDS)
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con fines curativos. Pacientes con cáncer mielóide.
Información médica requerida	Los requisitos relativos a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) Para todos los usos, excepto anemia causada por quimioterapia o síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene depósitos de hierro adecuados (definidos como saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20 %) Y 2) para todos los usos, excepto cirugía: la Hgb en pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) es inferior a 10 g/dl, Y 3) para MDS: El nivel de eritropoyetina sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/l o menos. Para reautorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos, excepto cirugía: 1) El paciente ha recibido al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina, Y 2) el paciente respondió al tratamiento con eritropoyetina Y 3) la Hgb actual es menor que 12 g/dl Y 4) para todos los usos, excepto anemia debido a quimioterapia o MDS: el paciente tiene depósitos de hierro adecuados (p. ej., saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20 %).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Anemia con enfermedad renal crónica (CKD), zidovudine: Año del plan. Todas las demás: 16 semanas
Otros criterios	La cobertura incluye el uso para la anemia en pacientes que no recibirán/no pueden recibir transfusiones de sangre (por ejemplo, creencias religiosas). La cobertura según la Parte D será denegada si la cobertura está disponible según la Parte A o la Parte B cuando se recete y entregue o administre un medicamento al individuo (p. ej., cuando se utiliza para el tratamiento de la anemia de un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se proporciona del incidente en el suministro del médico a un servicio médico).
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	PULMOZYME
Nombres del medicamento	PULMOZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	PYZCHIVA
Nombres del medicamento	PYZCHIVA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	QINLOCK
Nombres del medicamento	QINLOCK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tumor de estroma gastrointestinal (GIST) para enfermedad residual, no resecable, ruptura tumoral, recurrente o progresiva. Melanoma cutáneo metastásico o irresecable.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tumores de estroma gastrointestinal (GIST) residuales, irresecables, de ruptura tumoral, avanzados, recurrentes/metastásicos o progresivos: 1) el paciente ha recibido tratamiento previo con 3 o más inhibidores de la cinasa, incluido imatinib, O 2) el paciente ha experimentado una progresión de la enfermedad tras el tratamiento con avapritinib y dasatinib O 3) el paciente ha recibido tratamiento previo con imatinib y es intolerante al sunitinib de segunda línea. Para melanoma cutáneo: 1) la enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para las mutaciones de activación del KIT, Y 3) el medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con la terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	QUETIAPINE XR
Nombres del medicamento	QUETIAPINE FUMARATE ER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento de monoterapia de mantenimiento para trastorno bipolar I, tratamiento de monoterapia para trastorno generalizado de ansiedad, tratamiento de monoterapia para trastorno depresivo mayor.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: Si el paciente tiene 65 años o más Y utiliza dos o más medicamentos activos del sistema nervioso central (CNS) adicionales (p. ej., lorazepam, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam y zolpidem) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar varios medicamentos activos del sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario. [Nota: El uso de diversos medicamentos activos para el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores está asociado con un mayor riesgo de sufrir caídas]. Para el tratamiento de la esquizofrenia: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de los episodios maníacos o mixtos asociados al trastorno bipolar I o el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados al trastorno bipolar I: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados al trastorno bipolar II: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la quetiapina genérica de liberación inmediata. Para el tratamiento adyuvante del trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	QUININE SULFATE
Nombres del medicamento	QUININE SULFATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Babesiosis, malaria por Plasmodium vivax sin complicaciones.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con clindamicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	QULIPTA
Nombres del medicamento	QULIPTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y ha experimentado una reducción en los días de migraña al mes con respecto al valor inicial.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	RALDESY
Nombres del medicamento	RALDESY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente no puede tragar los comprimidos de trazodone.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	RELISTOR INJ
Nombres del medicamento	RELISTOR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del estreñimiento inducido por opiáceos en un paciente con dolor crónico no relacionado con el cáncer, incluido el dolor crónico relacionado con un cáncer previo o su tratamiento que no requiera un aumento frecuente (p. ej., semanal) de la dosis de opiáceos: 1) el paciente no puede tolerar medicamentos orales O 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: A) ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opiáceos en un paciente con dolor crónico no oncológico (p. ej., Movantik) O B) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría el ensayo de un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opiáceos en un paciente con dolor crónico no oncológico (p. ej., Movantik).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	REMICADE
Nombres del medicamento	INFLIXIMAB, REMICADE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Enfermedad de Behçet, hidrosadenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave (solo nuevos casos): 1) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX), b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación a MTX, Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente tuvo respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX, b) el paciente tuvo respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético específico. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar los NSAID. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para Hidradenitis supurativa (solo nuevos casos): El paciente tiene una enfermedad grave y refractaria. Para uveítis (solo para nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la terapia inmunosupresora para la uveítis, O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impide probar la terapia inmunosupresora para la uveítis. Para todas las indicaciones: el paciente experimentó un acontecimiento adverso intolerable a Renflexis y dicho acontecimiento adverso NO se atribuyó al principio activo tal y como se describe en la información de prescripción.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	RENFLEXIS
Nombres del medicamento	RENFLEXIS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Enfermedad de Behçet, hidradenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave (solo nuevos casos): 1) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX), b) el paciente tiene intolerancia o una contraindicación a MTX, Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente tuvo respuesta inadecuada, intolerancia o tiene contraindicación a MTX, b) el paciente tuvo respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético específico. Para espondilitis anquilosante activa (solo nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impide probar los NSAID. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidradenitis supurativa (solo nuevos casos): el paciente padece una enfermedad grave y refractaria. Para uveítis (solo para nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la terapia inmunosupresora para la uveítis, O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impide probar la terapia inmunosupresora para la uveítis.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	REPATHA
Nombres del medicamento	REPATHA, REPATHA SURECLICK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	RETEVMO
Nombres del medicamento	RETEVMO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) con reordenamiento recurrente durante la transfección (RET) positivo, metástasis cerebrales de NSCLC con fusión RET positiva, histiocitosis de células de Langerhans con fusión del gen RET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/refractaria con fusión del gen RET, enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/refractaria con fusión del gen RET, cáncer primario oculto con fusión del gen RET, tumores sólidos con fusión del gen RET para enfermedad recurrente.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), el paciente debe cumplir todos los requisitos siguientes: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el tumor es positivo para la fusión RET o positivo para el reordenamiento RET. Para los tumores sólidos, el paciente debe cumplir todos los siguientes requisitos: 1) la enfermedad es recurrente, persistente, progresiva, irresecable, avanzada localmente o metastásica, 2) el paciente ha progresado durante o después del tratamiento sistémico previo o no tiene opciones de tratamiento alternativo satisfactorias Y 3) el tumor es positivo para la fusión de RET.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	REVCovi
Nombres del medicamento	REVCovi
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	REVLIMID
Nombres del medicamento	LENALIDOMIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin anomalía citogenética de delección 5q, síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios cutáneos), neoplasias mieloproliferativas, sarcoma de Kaposi, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Rosai-Dorfman, linfomas periféricos de células T no especificados, linfoma angioinmunoblástico de células T (AITL), linfoma de células T asociado a enteropatía, linfoma intestinal de células T epiteliotrópico monomórfico, linfoma periférico de células T nodal, leucemia/linfoma de células T en adultos, linfoma de células T hepatoesplénico, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfomas de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante, linfoma difuso de células B grandes, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfomas de células B de alto grado, transformación histológica de linfoma indolente a linfoma difuso de células B grandes.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene menor riesgo de padecer MDS con anemia sintomática según el Sistema de Puntuación de Pronóstico Internacional Revisado (IPSS-R), el Sistema de Puntuación de Pronóstico Internacional (IPSS) o el Sistema de Puntuación de Pronóstico basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (WHO) (WPSS).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	REVUFORJ
Nombres del medicamento	REVUFORJ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	REZDIFFRA
Nombres del medicamento	REZDIFFRA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la esteatohepatitis no alcohólica no cirrótica (NASH), inicial: el paciente presenta fibrosis hepática de moderada a avanzada (compatible con los estadios F2 a F3) en el inicio, lo cual se confirmó mediante biopsia hepática o elastografía por resonancia magnética (MRE). Para NASH (continuación): el paciente muestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., mejora de la función hepática, como la reducción de la alanina aminotransferasa [ALT], la reducción del contenido de grasa en el hígado mediante técnicas de imagen como la resonancia magnética con densidad proteica de la fracción grasa [MRI-PDFF] o el parámetro de atenuación controlada [CAP] de FibroScan).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	El medicamento solicitado está siendo recetado por un gastroenterólogo o un hepatólogo, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	Inicial: Año del plan, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	REZLIDHIA
Nombres del medicamento	REZLIDHIA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	REZUROCK
Nombres del medicamento	REZUROCK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	RINVOQ
Nombres del medicamento	RINVOQ, RINVOQ LQ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa, artritis psoriásica activa, artritis idiopática juvenil poliarticular activa y espondilitis anquilosante activa (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab, etanercept). Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa y enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa: el paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a, por lo menos, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (por ejemplo, adalimumab), O 2) si un inhibidor del TNF es clínicamente desaconsejable, el paciente ha probado, por lo menos, una terapia sistémica. Para la dermatitis atópica (solo nuevos casos): 1) el paciente tiene una enfermedad de moderada a grave y refractaria, Y 2) al menos el 10 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales fundamentales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 3) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con al menos otro producto farmacológico sistémico, incluidos biológicos, o no es aconsejable el uso de estas terapias. Para la dermatitis atópica (continuación del tratamiento): El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos casos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF.
Restricciones de edad	Dermatitis atópica: 12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Dermatitis atópica (inicial): 6 meses, dermatitis atópica (continuación). Todas las demás: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	ROMVIMZA
Nombres del medicamento	ROMVIMZA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ROZLYTREK
Nombres del medicamento	ROZLYTREK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para ROS1, tumores sólidos no metastásicos positivos para la fusión del gen de la tirosina quinasa neurotrófica (NTRK), melanoma cutáneo positivo para la fusión del gen ROS1.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todos los tumores sólidos positivos a la fusión del gen de la tirosina cinasa neurotrófica (NTRK): la enfermedad carece de una mutación conocida de resistencia adquirida. Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas ROS1-positivo: el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	RUBRACA
Nombres del medicamento	RUBRACA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Leiomiomasarcoma uterino, adenocarcinoma pancreático, cáncer epitelial de ovarios avanzado (estadio II-IV), de trompas de Falopio o peritoneal primario
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con una mutación del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) perjudicial (de línea germinal y/o somático): 1) El paciente recibió un tratamiento de terapia dirigida por receptores androgénicos, Y 2) el paciente se sometió a un tratamiento de quimioterapia con taxanos o el paciente no es apto para recibir quimioterapia, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) análoga o después de una orquiectomía bilateral. Para el tratamiento de mantenimiento del cáncer de ovario, de trompas de Falopio y primario de peritoneo con mutación BRCA: 1) El paciente tiene enfermedad avanzada (estadio II-IV) y presenta una respuesta completa o parcial a la terapia primaria O 2) el paciente tiene enfermedad recurrente y presenta una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino. Para el leiomiomasarcoma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como terapia de segunda línea o posterior Y 2) el paciente tiene una enfermedad con alteración del BRCA. Para el adenocarcinoma pancreático: 1) el paciente tiene enfermedad metastásica, Y 2) el paciente tiene mutaciones somáticas o de línea germinal BRCA o PALB-2.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	RYBELSUS
Nombres del medicamento	RYBELSUS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	RYDAPT
Nombres del medicamento	RYDAPT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Reinducción en enfermedad residual para la AML, terapia de mantenimiento para la AML, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos de FGFR1 o FLT3.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): La AML es positiva a la mutación de la tirosina cinasa 3 similar al FMS (FLT3). Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos tipo 1 (FGFR1) o FLT3: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	SANTYL
Nombres del medicamento	SANTYL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el desbridamiento de úlceras dérmicas crónicas y zonas con quemaduras graves, continuación: 1) se ha evaluado la herida desde el inicio del tratamiento con el medicamento solicitado Y 2) el tejido de granulación no está bien establecido.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	SAPROPTERIN
Nombres del medicamento	JAVYGTOR, SAPROPTERIN DIHYDROCHLORI, ZELVYSIA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fenilcetonuria (PKU): Para pacientes que no recibieron aún una prueba terapéutica del medicamento solicitado, el nivel de fenilalanina en pretratamiento del paciente incluido el control dietario es superior a 6 mg/dl (360 micromoles/l). Para los pacientes que completaron una prueba terapéutica del medicamento solicitado, el paciente debe haber experimentado una mejora (p. ej., reducción en los niveles de fenilalanina en sangre, mejora en los síntomas neuropsiquiátricos).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 2 meses. Todas las demás: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	SCEMBLIX
Nombres del medicamento	SCEMBLIX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1 en fase crónica o blástica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML) en fase crónica: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) El paciente cumple uno de los siguientes requisitos: A) El paciente tiene CML recién diagnosticada y tiene resistencia o intolerancia a imatinib, dasatinib o nilotinib O B) El paciente ha recibido tratamiento para la CML previamente Y al menos uno de los tratamientos anteriores fue imatinib, dasatinib o nilotinib O C) El paciente es positivo para la mutación T315I, Y 3) El paciente es negativo para las siguientes mutaciones: A337T, P465S, y F359V//C.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	SIGNIFOR
Nombres del medicamento	SIGNIFOR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	SILDENAFIL
Nombres del medicamento	SILDENAFIL CITRATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo nuevos casos): 1) presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, Y 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, Y 3) si la solicitud es para un adulto, la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor que 2 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	SIRTURO
Nombres del medicamento	SIRTURO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o después de la consulta con dicho especialista.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	SKYRIZI
Nombres del medicamento	SKYRIZI, SKYRIZI PEN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	SOMATULINE DEPOT
Nombres del medicamento	LANREOTIDE ACETATE, SOMATULINE DEPOT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Control tumoral de los tumores neuroendocrinos (NET) (incluidos los tumores de pulmón, timo, gastrinoma primario no resecado, NET bien diferenciados de grado 3 no originados en el sistema gastroenteropancreático con biología favorable y feocromocitoma/paraganglioma).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para acromegalia inicial: 1) El paciente tiene alto nivel de factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) en pretratamiento para la edad y/o sexo, según el rango de referencia de laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O existe una razón clínica para que el paciente no haya sido sometido a cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	SOMAVERT
Nombres del medicamento	SOMAVERT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para acromegalia inicial: 1) El paciente tiene alto nivel de factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) en pretratamiento para la edad y/o sexo, según el rango de referencia de laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O existe una razón clínica para que el paciente no haya sido sometido a cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	SOTYKTU
Nombres del medicamento	SOTYKTU
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	SPRYCEL
Nombres del medicamento	DASATINIB
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), condrosarcoma metastásico y/o diseminado, cordoma recurrente, leucemia linfoblástica aguda (ALL) de células T y ALL-B tipo Filadelfia (Ph), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1 en fase crónica o blástica, melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia (Ph) o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L. En el caso de la leucemia linfocítica aguda (ALL), el paciente tiene uno de los siguientes diagnósticos: 1) ALL con cromosoma Filadelfia positivo, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: diagnóstico que se ha confirmado mediante la detección del cromosoma Ph o del gen BCR-ABL Y si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I/A, F317L/V/I/C, y V299L; O 2) ALL-B tipo Ph con fusión cinasa de clase ABL; O 3) LLA de células T en recaída o refractaria con translocación de clase ABL. Para tumor de estroma gastrointestinal (GIST): 1) El paciente cumple todos los requisitos siguientes: A) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente/progresiva o metastásica/ruptura tumoral, B) el paciente ha recibido tratamiento previo con avapritinib Y C) el paciente es positivo para las mutaciones del exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA). Para melanoma cutáneo: 1) la enfermedad es metastásica o irresecable, 2) la enfermedad es positiva para las mutaciones de activación de c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con la terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	STELARA
Nombres del medicamento	STELARA, USTEKINUMAB
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	STIVARGA
Nombres del medicamento	STIVARGA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Osteosarcoma, angiosarcoma, sarcoma retroperitoneal/intraabdominal de partes blandas, rabdomiosarcoma, sarcomas de partes blandas de extremidades, pared corporal, cabeza y cuello, adenocarcinoma apendicular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer colorrectal: 1) la enfermedad es avanzada o metastásica Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Lonsurf (trifluridina/tipiracilo).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	SUTENT
Nombres del medicamento	SUNITINIB MALATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma de tiroides (folicular, medular, papilar y oncocítico), sarcoma de tejido blando (angiosarcoma, tumor fibroso solitario, sarcoma alveolar de partes blandas y subtipos de condrosarcoma mixoide extraesquelético), cordoma recurrente, carcinoma tímico, neoplasias linfoides y/o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en fase crónica o blástica, feocromocitoma, paraganglioma, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma de célula renal (RCC): 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV, O 2) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento adyuvante para pacientes con alto riesgo de RCC recurrente tras una nefrectomía.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	SYMDEKO
Nombres del medicamento	SYMDEKO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística), como ivacaftor o deutivacaftor.
Restricciones de edad	6 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	SYMPAZAN
Nombres del medicamento	SYMPAZAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Convulsiones asociadas al síndrome de Dravet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Convulsiones asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): 2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	SYNAREL
Nombres del medicamento	SYNAREL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que no reciben tratamiento actualmente deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) Diagnóstico de CPP confirmado por una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O nivel puberal de un ensayo de la hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) la evaluación de la edad ósea contra la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP, Y 3) la aparición de las características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años en pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años en pacientes de sexo masculino.
Restricciones de edad	Pubertad precoz central (CPP) El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre, endometriosis: 18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Pubertad precoz central (CPP) Año del plan. Endometriosis: máximo 6 meses en total.
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TABLOID
Nombres del medicamento	TABLOID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Leucemia linfocítica aguda (ALL), glioma circunscrito.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	TABRECTA
Nombres del medicamento	TABRECTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, NSCLC con amplificación de transición mesenquimal-epitelial (MET) de alto nivel, metástasis cerebral del sistema nervioso central (CNS) de NSCLC con mutación del exón 14 de MET
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, avanzado o metastásico: El tumor es positivo para la mutación de salto de exón 14 de la transición epitelial-mesenquimal (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TADALAFIL (BPH)
Nombres del medicamento	TADALAFIL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Disfunción eréctil.
Información médica requerida	Para la hiperplasia benigna de próstata (BPH): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para ambos de los siguientes: 1) bloqueador alfa, 2) inhibidor de la 5-alfa reductasa (5-ARI).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	TADALAFIL (PAH)
Nombres del medicamento	ALYQ, TADALAFIL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo nuevos casos): 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 2 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TAFINLAR
Nombres del medicamento	TAFINLAR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, leucemia de células pilosas.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para la mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único o en combinación con trametinib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de las siguientes opciones: a) enfermedad metastásica, operable de forma limitada o no operable, b) tratamiento adyuvante o neoadyuvante sistémico. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) Tumor con mutación de gen BRAF V600E Y 2) el medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con trametinib. Para el carcinoma papilar, folicular y oncocítico de tiroides: 1) Tumor BRAF V600E positivo, Y 2) la enfermedad no es susceptible al tratamiento con yodo radiactivo (RAI) Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: La enfermedad tiene la mutación de activación del gen BRAF V600E. Para la leucemia de células pilosas: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib, Y 2) el paciente no ha recibido tratamiento previo con inhibidores de BRAF. Para tumores sólidos: 1) Tumor con resultado positivo para la mutación de BRAF V600E Y 2) el medicamento solicitado se usará como un solo agente o en combinación con trametinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TAGRISSO
Nombres del medicamento	TAGRISSO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente sensibilizante con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), metástasis cerebrales de NSCLC sensibilizante con mutación positiva del EGFR, metástasis leptomenígeas de NSCLC con mutación positiva del EGFR
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes contextos: 1) el paciente cumple con lo siguiente: a) el paciente tiene NSCLC (cáncer pulmonar de células no pequeñas) irresecable, metastásico, avanzado o recurrente (incluidas metástasis cerebral y/o leptomenígea por NSCLC) y b) el paciente tiene una enfermedad con mutación del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante O 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) la solicitud es para el tratamiento adyuvante del NSCLC después de la resección del tumor y b) el paciente tiene una enfermedad con mutación del EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	TALZENNA
Nombres del medicamento	TALZENNA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama con mutación en el gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) de línea germinal recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TARGRETIN TOPICAL
Nombres del medicamento	BEXAROTENE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sezary (SS), leucemia/linfoma de células T en adultos latente (ATLL), linfoma cutáneo primario de la zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro folicular.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TASIGNA
Nombres del medicamento	NILOTINIB HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), tumor del estroma gastrointestinal (GIST), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1 en fase crónica o blástica, sinovitis villonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes, melanoma cutáneo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes recién diagnosticados de CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) si el paciente presentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina quinasa para la CML, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, y F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) si el paciente ha presentado resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina quinasa para la ALL, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E. Para tumor de estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad es residual, irresecable, recurrente/progresiva o metastásica/ruptura tumoral Y 2) la enfermedad ha progresado en al menos 2 tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones de activación de c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	TAVNEOS
Nombres del medicamento	TAVNEOS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la continuación del tratamiento de la vasculitis severa asociada a autoanticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos (ANCA): el paciente ha experimentado beneficios del tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	TAZAROTENE
Nombres del medicamento	TAZAROTENE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas, el paciente cumple los siguientes criterios: 1) el paciente tiene menos o un 20 % de superficie corporal (BSA) afectada, Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a, al menos, un corticosteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba con corticosteroides tópicos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ
Nombres del medicamento	TECENTRIQ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Mantenimiento con un solo agente para el cáncer pulmonar de células no pequeñas extenso tras un tratamiento combinado con etopósido y carboplatino, terapia posterior para el mesotelioma peritoneal, el mesotelioma pericárdico y el mesotelioma de la túnica vaginal testicular, el carcinoma urotelial, el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) en estadio IIIB, cáncer de cuello uterino (carcinoma neuroendocrino de células pequeñas persistente, recurrente o metastásico del cuello uterino [NECC], carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma adenoescamoso del cuello uterino).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica O 2) el paciente tiene enfermedad en etapa II a IIIB Y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la resección y la quimioterapia adyuvante. Para carcinoma hepatocelular: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ HYBREZA
Nombres del medicamento	TECENTRIQ HYBREZA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de cuello uterino (carcinoma neuroendocrino de células pequeñas persistente, recurrente o metastásico del cuello uterino [NECC], carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma adenoescamoso del cuello uterino), cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) en estadio IIIB, terapia posterior para el mesotelioma peritoneal, el mesotelioma pericárdico y el mesotelioma de la túnica vaginal testicular, mantenimiento con un solo agente para el cáncer de pulmón microcítico extenso tras el tratamiento combinado con etopósido y carboplatino, cáncer de vejiga, carcinoma urotelial.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica O 2) el paciente tiene enfermedad en estadio II a IIIB Y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la resección y la quimioterapia adyuvante. Para carcinoma hepatocelular: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TEMAZEPAM
Nombres del medicamento	TEMAZEPAM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlos en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica.) Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la doxepin (3 mg o 6 mg) o el ramelteon, Y 3) si el paciente está utilizando dos o más medicamentos adicionales que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar múltiples medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos activos en el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	TEPMETKO
Nombres del medicamento	TEPMETKO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, NSCLC con amplificación de transición mesenquimatoso-epitelial (MET) de alto nivel, cáncer del sistema nervioso central (CNS) que incluye metástasis cerebral y metástasis leptomeningea de NSCLC mutado del exón 14 de MET
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, avanzado o metastásico: El tumor es positivo para la mutación de salto de exón 14 de la transición epitelial-mesenquimal (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	TERBINAFINE TABS
Nombres del medicamento	TERBINAFINE HCL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la onicomicosis por dermatófitos (tinea unguium), el paciente cumple con TODOS los siguientes criterios: 1) el paciente utilizará el medicamento solicitado por vía oral Y 2) el medicamento solicitado se receta para uso no continuo.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulativos de terapia al año.
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TERIPARATIDE
Nombres del medicamento	BONSITY, TERIPARATIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para osteoporosis posmenopáusica: la paciente cumple UNO de estos criterios: 1) antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) puntaje T en pretratamiento menor o igual que -2.5 o puntaje T en pretratamiento mayor que -2.5 y menor que -1 con alta probabilidad de fractura según herramienta de evaluación de riesgo de fracturas (FRAX) en pretratamiento Y la paciente cumple ALGUNO de los siguientes criterios: a) Indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, fragilidad, terapia con glucocorticoides, puntajes T muy bajos, o aumento del riesgo de caídas); O b) la paciente no tuvo un buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior inyectable; O c) la paciente ha probado los bisfosfonatos orales al menos 1 año o hay motivos clínicos para evitar el tratamiento con bisfosfonatos orales. Para osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres. El paciente cumple UNO de los siguientes criterios: 1) antecedentes de fractura osteoporótica vertebral o de cadera, O 2) puntaje T en pretratamiento menor o igual que -2.5 o puntaje T en pretratamiento mayor que -2.5 y menor que -1 con alta probabilidad de fractura FRAX en pretratamiento Y la paciente cumple ALGUNO de los siguientes criterios: a) la paciente no tuvo un buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior inyectable; O b) la paciente ha probado los bisfosfonatos orales al menos 1 año o hay motivos clínicos para evitar el tratamiento con bisfosfonatos orales. Para la osteoporosis inducida por glucocorticoides: el paciente se ha sometido a un ensayo de bifosfonato oral de al menos 1 año de duración, a menos que el paciente tenga una contraindicación o intolerancia a un bifosfonato oral, Y el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) puntuación T en pretratamiento inferior o igual a -2.5, O 3) puntuación T en pretratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura FRAX pretratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 24 meses. Continuación: Año del plan

Otros criterios	Continuación del tratamiento: Si el paciente ha recibido un tratamiento igual o superior a 24 meses con cualquier análogo de la hormona paratiroidea: 1) El paciente sigue teniendo o ha vuelto a tener un alto riesgo de fractura, Y 2) el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. El paciente tiene una alta probabilidad de fractura FRAX si la probabilidad a 10 años es mayor o igual al 20 % para cualquier fractura osteoporótica mayor o mayor o igual al 3 % para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoide es mayor de 7.5 mg (equivalente a prednisone) por día, el puntaje de riesgo estimado generado con FRAX se multiplicará por 1.15 para fractura osteoporótica mayor y 1.2 para fractura de cadera.
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE CYPIONATE INJ
Nombres del medicamento	DEPO-TESTOSTERONE, TESTOSTERONE CYPIONATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas bajas confirmadas de testosterona total en suero basadas en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tenía una concentración matutina baja confirmada de testosterona total en suero basada en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE ENANTHATE INJ
Nombres del medicamento	TESTOSTERONE ENANTHATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas bajas confirmadas de testosterona total en suero basadas en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tenía una concentración matutina baja confirmada de testosterona total en suero basada en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TETRABENAZINE
Nombres del medicamento	TETRABENAZINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Trastornos nerviosos, discinesia tardía.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la corea asociada a la enfermedad de Huntington, inicial: el paciente debe cumplir los dos requisitos siguientes: 1) el paciente presenta características motrices características en la exploración, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o un efecto adverso intolerable a deutetrabenazine. Para la discinesia tardía, inicial: el paciente debe cumplir con todos los requisitos siguientes: 1) el paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad, Y 2) la enfermedad del paciente ha sido evaluada mediante un examen clínico o con una herramienta de evaluación estructurada (p. ej., la Escala de Movimientos Involuntarios Anormales [AIMS], el Sistema de Identificación de Discinesia: Escala de usuario condensada [DISCUS]), Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o un evento adverso intolerable con la deutetrabenazine. Para el tratamiento de la discinesia tardía y el tratamiento de la corea asociada a la enfermedad de Huntington, continuación: el paciente muestra una respuesta beneficiosa al tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	THALOMID
Nombres del medicamento	THALOMID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Estomatitis aftosa relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), sarcoma de Kaposi, enfermedad de Castleman multicéntrica, enfermedad de Rosai-Dorfman, histiocitosis de células de Langerhans, meduloblastoma pediátrico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TIBSOVO
Nombres del medicamento	TIBSOVO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Condrosarcoma convencional (grados 1 a 3) o indiferenciado, cánceres del sistema nervioso central (CNS) (astrocitoma, oligodendroglioma)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene una enfermedad con mutación susceptible de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1). Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el paciente ha sido diagnosticado recientemente de AML y cumple uno de los siguientes requisitos: a) tiene 75 años o más, b) rechaza o tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior a la inducción tras la respuesta a la terapia de inducción con el medicamento solicitado, O 3) el paciente tiene AML recidivante o refractaria, O 4) la terapia se utilizará como terapia de consolidación. Para el colangiocarcinoma localmente avanzado, irresecable, resecado con residuo macroscópico o metastásico: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la progresión en o después del tratamiento sistémico. Para cánceres del CNS: 1) la enfermedad es recurrente, residual o progresiva Y 2) el paciente tiene oligodendroglioma o astrocitoma.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TOBI INHALER
Nombres del medicamento	TOBI PODHALER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Bronquiectasia no causada por fibrosis quística.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para bronquiectasias con fibrosis quística y sin fibrosis quística: 1) se detecta pseudomonas aeruginosa en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por pseudomonas aeruginosa en las vías respiratorias.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	TOBRAMYCIN
Nombres del medicamento	TOBRAMYCIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Bronquiectasia no causada por fibrosis quística.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para bronquiectasias con fibrosis quística y sin fibrosis quística: 1) se detecta pseudomonas aeruginosa en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por pseudomonas aeruginosa en las vías respiratorias.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TOPICAL LIDOCAINE
Nombres del medicamento	GLYDO, LIDOCAINE, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HCL JELLY, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se está utilizando para anestesia tópica; Y 2) si el medicamento solicitado se usará como parte de un producto compuesto, entonces todos los ingredientes activos en el producto compuesto están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para uso tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	TOPICAL TACROLIMUS
Nombres del medicamento	TACROLIMUS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Psoriasis en la cara, los genitales o los pliegues de la piel.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para dermatitis atópica moderada a grave (eccema): el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta a áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o pliegues de la piel) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a, al menos, un agente del tratamiento de primera línea (p. ej., corticosteroides tópicos de potencia media o superior). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se receta para uso crónico a corto plazo o no continuo.
Restricciones de edad	Tacrolimus 0.03 % a partir de los 2 años, Tacrolimus 0.1 % a partir de los 16 años.
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	TOPICAL TESTOSTERONES
Nombres del medicamento	TESTOSTERONE, TESTOSTERONE PUMP
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas bajas confirmadas de testosterona total en suero basadas en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tenía una concentración matutina baja confirmada de testosterona total en suero basada en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	TOPICAL TRETINOIN
Nombres del medicamento	TRETINOIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TOREMIFENE
Nombres del medicamento	TOREMIFENE CITRATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Prolongación congénita/adquirida del QT (síndrome del QT largo), hipopotasemia no corregida o hipomagnesemia no corregida.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TRAZIMERA
Nombres del medicamento	TRAZIMERA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), del cáncer de mama HER2-positivo recurrente o avanzado no operable, de las metástasis leptomeníngicas del cáncer de mama HER2-positivo, de las metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2-positivo, del adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica HER2-positivo, del carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2-positivo, cáncer colorrectal HER2-amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2-positivo, carcinoma hepatobiliar HER2-positivo no operable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente HER2 positivo con sobreexpresión, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad presenta amplificación de HER2 y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, Y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2, O 4) el paciente presenta metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TREMFYA
Nombres del medicamento	TREMFYA, TREMFYA INDUCTION PACK FO, TREMFYA PEN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	TREPROSTINIL INJ
Nombres del medicamento	TREPROSTINIL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos casos: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 2 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TRIENTINE
Nombres del medicamento	TRIENTINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	TRIKAFTA
Nombres del medicamento	TRIKAFTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística), como ivacaftor o deutivacaftor.
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TRINTELLIX
Nombres del medicamento	TRINTELLIX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos genéricos: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRIs), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs), mirtazapine, bupropion.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	TRULICITY
Nombres del medicamento	TRULICITY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Para el control glucémico en la diabetes mellitus tipo 2: 10 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TRUQAP
Nombres del medicamento	TRUQAP
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente con receptores hormonales positivos (HR), con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es recurrente, localmente avanzada o metastásica, 2) la enfermedad es positiva para el receptor hormonal (HR) y negativa para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con fulvestrant, 4) la enfermedad posee una o más alteraciones de PIK3CA/AKT/PTEN Y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes, a) el paciente ha progresado con al menos un régimen basado en terapia endocrina, b) el paciente experimentó recurrencia en o dentro de los 12 meses posteriores a completar la terapia adyuvante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	TRUXIMA
Nombres del medicamento	TRUXIMA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (nodal, esplénico, linfoma de la zona marginal extranodal (EMZL) del estómago, EMZL de sitios no gástricos (no cutáneos), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, transformación histológica de linfomas indolentes a linfoma difuso de células B grandes, transformación histológica de leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL a linfoma difuso de células B grandes, linfoma cutáneo primario de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B], púrpura trombocitopénica inmunitaria o idiopática (PTI) refractaria, anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjögren, púrpura trombótica trombocitopénica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin nodular con predominio de linfocitos, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeningeas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLD relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple remitente-recidivante, toxicidades relacionadas con los inhibidores de puntos de control inmunológicos, enfermedad de Rosai-Dorfman, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma tipo Burkitt y el linfoma mediastínico primario de células B grandes) y leucemia aguda pediátrica de células B maduras, trastorno del espectro de la neuromielitis óptica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave (solo nuevos casos): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX) O b) el paciente presenta intolerancia o contraindicación al MTX, Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: a) respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX O b) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético específico. Las malignidades hematológicas deben ser positivas de CD20.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con inhibidor de puntos de control inmunitario: 3 meses. Todas las demás: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	TUKYSA
Nombres del medicamento	TUKYSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer del tracto biliar positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) El paciente tiene una enfermedad avanzada, irresecable o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 3) el paciente tiene una enfermedad RAS de tipo salvaje, Y 4) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab Y 5) el paciente no ha sido tratado previamente con un inhibidor de HER2. Para el cáncer de vías biliares: 1) el paciente tiene una enfermedad inoperable o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	TURALIO
Nombres del medicamento	TURALIO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la histiocitosis de células de Langerhans: 1) La enfermedad presenta una mutación del receptor 1 del factor estimulante de la colonia (CSF1R). Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la enfermedad de Rosai-Dorfman: 1) La enfermedad tiene la mutación de CSF1R Y 2) el paciente tiene cualquiera de las siguientes: a) una enfermedad sintomática O b) enfermedad recidivante/refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	TYENNE
Nombres del medicamento	TYENNE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Enfermedad de Castleman, enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave (solo nuevos casos): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al methotrexate (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a esclerosis: el diagnóstico se ha confirmado mediante una tomografía computada de alta resolución (HRCT) de tórax.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	TYMLOS
Nombres del medicamento	TYMLOS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para osteoporosis posmenopáusica: la paciente cumple UNO de estos criterios: 1) antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) puntaje T en pretratamiento menor o igual que -2.5 o puntaje T en pretratamiento mayor que -2.5 y menor que -1 con alta probabilidad de fractura según herramienta de evaluación de riesgo de fracturas (FRAX) en pretratamiento Y la paciente cumple ALGUNO de los siguientes criterios: a) Indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, fragilidad, terapia con glucocorticoides, puntajes T muy bajos, o aumento del riesgo de caídas); O b) la paciente no tuvo un buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior inyectable; O c) la paciente ha probado los bisfosfonatos orales al menos 1 año o hay motivos clínicos para evitar el tratamiento con bisfosfonatos orales. Para osteoporosis en hombres, el paciente cumple UNO de los siguientes criterios: 1) antecedentes de fractura osteoporótica vertebral o de cadera, O 2) puntaje T en pretratamiento menor o igual que -2.5 o puntaje T en pretratamiento mayor que -2.5 y menor que -1 con alta probabilidad de fractura FRAX en pretratamiento Y la paciente cumple ALGUNO de los siguientes criterios: a) la paciente no tuvo un buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior inyectable; O b) la paciente ha probado los bisfosfonatos orales al menos 1 año o hay motivos clínicos para evitar el tratamiento con bisfosfonatos orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	24 meses en total durante toda la vida para análogos de la hormona paratiroidea
Otros criterios	El paciente tiene una alta probabilidad de fractura según herramienta de evaluación de riesgo de fracturas (FRAX) si la probabilidad a 10 años es mayor o igual al 20 % para cualquier fractura osteoporótica mayor o mayor o igual al 3 % para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoide es mayor de 7.5 mg (equivalente a prednisone) por día, el puntaje de riesgo estimado generado con FRAX se multiplicará por 1.15 para fractura osteoporótica mayor y 1.2 para fractura de cadera.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	UBRELVY
Nombres del medicamento	UBRELVY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento agudo de la migraña: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente presenta una contraindicación a un triptano agonista de receptores de 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	UCERIS
Nombres del medicamento	BUDESONIDE ER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la inducción de la remisión de la colitis ulcerosa activa, de leve a moderada: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a, por lo menos, un tratamiento con ácido 5-aminosalicílico (5-ASA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	2 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	UPTRAVI
Nombres del medicamento	UPTRAVI, UPTRAVI TITRATION PACK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos casos: 1) presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, Y 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, Y 3) si la solicitud es para un adulto, la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor que 2 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	VALCHLOR
Nombres del medicamento	VALCHLOR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Leucemia/linfoma de células T en adultos (ATLL) latente, micosis fungoide (MF)/síndrome de Sezary (SS) en estadio 2 o superior, linfoma cutáneo primario de la zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro folicular, papulosis linfomatoide CD30 positiva (LyP), histiocitosis de células de Langerhans (LCH) unifocal con enfermedad cutánea aislada.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	VANFLYTA
Nombres del medicamento	VANFLYTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Reinducción en pacientes con enfermedad residual para la AML
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) la AML es positiva para la duplicación en tándem interna (ITD) de la tirosina quinasa 3 similar a FMS (FLT3) y 2) se utilizarán medicamentos para la inducción, la reinducción, la consolidación o el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	VELCADE
Nombres del medicamento	BORTEZOMIB
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de células T en adultos, leucemia linfoblástica aguda, sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin clásico pediátrico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	VELSIPITY
Nombres del medicamento	VELSIPITY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	VENCLEXTA
Nombres del medicamento	VENCLEXTA, VENCLEXTA STARTING PACK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Linfoma de células del manto, neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (BPDCN), mieloma múltiple, leucemia mieloide aguda (AML) recidivante o refractaria, AML de alto riesgo, AML relacionada con el tratamiento, terapia posterior a la inducción para la AML tras la respuesta a una terapia previa de menor intensidad con el mismo régimen, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante o refractaria con translocación t(11:14), neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica, leucemia linfoblástica aguda de células B/leucemia linfoblástica aguda de células T (B-ALL/T-ALL), leucemia de células pilosas, síndromes mielodisplásicos de alto riesgo, leucemia mielomonocítica crónica (CMML)-2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el paciente tiene AML recién diagnosticada y cumple uno de los siguientes requisitos: a) tiene 75 años o más, b) tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, O 2) se utilizará para la terapia de inducción o consolidación en pacientes con AML de alto riesgo o relacionada con la terapia, O 3) tiene AML recidivante o refractaria, O 4) se utilizará para la terapia posterior a la inducción de la AML tras la respuesta a una terapia previa de menor intensidad con el mismo régimen. Para la neoplasia de células dendríticas plasmocitadas blásticas (BPDCN): 1) El paciente tiene una enfermedad sistémica tratada con intención paliativa O 2) el paciente tiene una enfermedad recidivante o refractaria. Para mieloma múltiple: 1) la enfermedad es recidivante o progresiva, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con uno de los siguientes: a) dexamethasone, b) dexamethasone y daratumumab c) dexamethasone con bortezomib, carfilzomib, o ixazomib Y 3) el paciente presenta una translocación t(11:14). Para macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico: 1) El paciente tiene una enfermedad tratada previamente que no respondió a la terapia primaria O 2) el paciente tiene una enfermedad progresiva o recidivante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	VEPPANU
Nombres del medicamento	VEPPANU
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente no resecable
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es positiva para el receptor hormonal (HR), Y 2) la enfermedad es negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), Y 3) la enfermedad es mutada para el receptor de estrógeno 1 (ESR1), Y 4) la enfermedad es avanzada, metastásica, recurrente e irresecable, o no responde a la terapia sistémica preoperatoria, Y 5) la paciente ha recibido al menos una línea de terapia endocrina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	VERQUVO
Nombres del medicamento	VERQUVO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la insuficiencia cardíaca crónica sintomática: el paciente tiene una fracción de eyección ventricular izquierda (LVEF) inferior al 45 % Y 2) el paciente está recibiendo terapia para la insuficiencia cardíaca (por ejemplo, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina [ACEI], bloqueador del receptor de angiotensina II [ARB], inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina [ARNI], betabloqueante, antagonista del receptor de mineralocorticoides [MRA], inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa 2 [SGLT2]). Para el tratamiento inicial, el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) hospitalización por insuficiencia cardíaca en los últimos 6 meses O 2) uso de diuréticos intravenosos ambulatorios por insuficiencia cardíaca en los últimos 3 meses.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	VERSACLOZ
Nombres del medicamento	VERSACLOZ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de un paciente con esquizofrenia grave que no ha respondido adecuadamente al tratamiento antipsicótico estándar (es decir, esquizofrenia resistente al tratamiento): 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Cobenfy, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	VERZENIO
Nombres del medicamento	VERZENIO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente, cáncer de endometrio, en combinación con letrozole para tumores con receptores de estrógeno positivos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es: a) avanzada, recurrente o metastásica, O b) cáncer de mama temprano Y 2) el paciente tiene una enfermedad con receptor hormonal (HR) positivo y con receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con terapia endocrina o como agente único.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	VIGABATRIN
Nombres del medicamento	VIGABATRIN, VIGADRONE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las crisis parciales complejas (es decir, crisis de conciencia focal alterada): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con al menos dos fármacos antiepilépticos para las crisis parciales complejas (es decir, crisis de conciencia focal alterada).
Restricciones de edad	Espasmos infantiles: 1 mes a 2 años de edad. Crisis parciales complejas (es decir, crisis de conciencia focal alterada): 2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	VIGAFYDE
Nombres del medicamento	VIGAFYDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Espasmos infantiles: de 1 mes a 2 años de edad
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	VITRAKVI
Nombres del medicamento	VITRAKVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Tumores sólidos con fusión del gen del receptor de la tirosina cinasa neurotrófico (NTRK) no metastásicos, tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión del gen NTRK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todos los tumores sólidos positivos a la fusión del gen de la tirosina cinasa neurotrófica (NTRK): la enfermedad carece de una mutación conocida de resistencia adquirida.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	VIZIMPRO
Nombres del medicamento	VIZIMPRO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	VONJO
Nombres del medicamento	VONJO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	VOQUEZNA PAK
Nombres del medicamento	VOQUEZNA DUAL PAK, VOQUEZNA TRIPLE PAK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori (H. pylori): se ha demostrado o se sospecha firmemente que la infección está causada por bacterias susceptibles basándose en: 1) información sobre cultivos y susceptibilidad O 2) epidemiología local y patrones de susceptibilidad.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	14 días
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	VORANIGO
Nombres del medicamento	VORANIGO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	VORICONAZOLE
Nombres del medicamento	VORICONAZOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente se administrará el medicamento solicitado por vía oral o intravenosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	VOSEVI
Nombres del medicamento	VOSEVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/trastorno hepático moderado o grave (Child Turcotte Pugh clase B o C)
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por presencia de RNA del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [CTP clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento vigentes de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) y la Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Se aplicarán los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	VOTRIENT
Nombres del medicamento	PAZOPANIB HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma de tiroides (folicular, papilar, oncocítico o medular), sarcoma uterino, condrosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal, liposarcoma desdiferenciado
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: 1) la enfermedad está avanzada, en recaída o en etapa IV O 2) el medicamento solicitado se utilizará para el carcinoma de células renales asociado a von Hippel-Lindau (VHL). Para tumor de estroma gastrointestinal (GIST): 1) la enfermedad es residual, no resecable, recurrente o metastásica/ruptura tumoral Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes: a) la enfermedad ha progresado después de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib), b) la enfermedad es GIST deficiente en succinato deshidrogenasa (SDH). Para el sarcoma de tejidos blandos (STB): el paciente no tiene un sarcoma adipocítico de tejidos blandos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	VOWST
Nombres del medicamento	VOWST
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la recurrencia de la infección por Clostridioides difficile (CDI): 1) el diagnóstico de CDI se ha confirmado mediante una prueba de heces positiva para la toxina de C. difficile Y 2) el medicamento solicitado se administrará al menos 48 horas después de la última dosis de antibióticos utilizados para el tratamiento de la CDI recurrente.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	VYNDAMAX
Nombres del medicamento	VYNDAMAX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la cardiomiopatía de la amiloidosis mediada por transtiretina variante o de tipo salvaje (ATTR-CM), tratamiento inicial: 1) el paciente presenta manifestación clínica de enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico), Y 2) la afectación cardíaca se confirmó mediante uno de los siguientes procedimientos: a) obtención de imágenes mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared del tabique interventricular al final de la diástole superior a 12 milímetros), o b) gammagrafía miocárdica con tecnecio marcado, Y 3) el diagnóstico se confirmó mediante uno de los siguientes procedimientos: a) biopsia que confirma los depósitos de amiloide transtiretina y la presencia de proteínas precursoras de transtiretina, b) trazado de gammagrafía ósea con tecnecio marcado positivo Y amiloidosis sistémica de cadena ligera se descartó mediante pruebas que muestran la ausencia de proteínas monoclonales (p. ej., relación de cadena ligera libre kappa/lambda en suero, inmunofijación de proteínas en suero, inmunofijación de proteínas en orina), c) si la solicitud es para la variante ATTR-CM, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtiretina (TTR). Para ATTR-CM, continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa a la terapia (p. ej., desaceleración del deterioro clínico).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	VYVANSE
Nombres del medicamento	LISDEXAMFETAMINE DIMESYLA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o el trastorno por déficit de atención (ADD): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un medicamento estimulante genérico del sistema nervioso central (CNS), distinto de la lisdexamfetamine (p. ej., amphetamine, dextroamphetamine, methylphenidate).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	WELIREG
Nombres del medicamento	WELIREG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	WINREVAIR
Nombres del medicamento	WINREVAIR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo nuevos casos): 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 2 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	WYOST
Nombres del medicamento	WYOST
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipercalcemia de malignidad, afección refractaria a la terapia con bisfosfonato intravenoso (IV) o hay un motivo clínico para evitar la terapia con bisfosfonato intravenoso.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	XALKORI
Nombres del medicamento	XALKORI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, NSCLC con amplificación elevada de MET, NSCLC recurrente, avanzado o metastásico con mutación por salto del exón 14 de MET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/refractaria positiva para la fusión de la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/refractaria positiva para la fusión de ALK, histiocitosis de células de Langerhans positiva para la fusión (ALK), melanoma cutáneo metastásico o irresecable positivo para la fusión del gen ROS1, sarcoma uterino metastásico o inoperable para IMT con translocación de ALK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes contextos: 1) el paciente tiene un NSCLC recurrente, avanzado o metastásico positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib), O 3) el paciente tiene un NSCLC recurrente, avanzado o metastásico ROS-1 positivo, O 4) el paciente tiene un NSCLC con amplificación elevada de MET, O 5) el paciente tiene una mutación recurrente, avanzada o metastásica con salto del exón 14 de MET. Para el linfoma anaplásico de células grandes (ALCL): 1) la enfermedad es recurrente o refractaria Y 2) la enfermedad es positiva para ALK
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	XDEM VY
Nombres del medicamento	XDEM VY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	XELJANZ
Nombres del medicamento	TOFACITINIB CITRATE, TOFACITINIB CITRATE ER, XELJANZ, XELJANZ XR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave, la espondilitis anquilosante activa y la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab, etanercept). Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab). Para artritis psoriásica activa (solo nuevos casos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab, etanercept) Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un DMARD no biológico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	XERMELO
Nombres del medicamento	XERMELO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	XHANCE
Nombres del medicamento	XHANCE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	XIFAXAN
Nombres del medicamento	XIFAXAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome del colon irritable con diarrea (IBS-D): 1) el paciente no ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado O 2) el paciente ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado, Y a) el paciente está experimentando una recurrencia de los síntomas Y b) el paciente no ha recibido ya un tratamiento inicial de 14 días y dos tratamientos adicionales de 14 días con el medicamento solicitado. Para sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO): 1) el paciente está experimentando una recurrencia después de completar un ciclo de tratamiento exitoso con el medicamento solicitado O 2) el diagnóstico se ha confirmado mediante uno de los siguientes: a) cultivo cuantitativo de aspirado del intestino superior, b) prueba de aliento (p. ej., prueba de aliento con hidrógeno de lactulosa o hidrógeno de glucosa).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Reducción del riesgo de recurrencia extrema de HE: 6 meses, IBS-D y SIBO: 14 días
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	XOLAIR
Nombres del medicamento	XOLAIR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el asma persistente de moderada a grave, tratamiento inicial (tx): 1) El paciente (pt) tiene una prueba cutánea (o análisis de sangre) positiva a al menos un aeroalérgeno perenne, 2) el paciente tiene un nivel basal de inmunoglobulina E (IgE) mayor o igual a 30 unidades internacionales por mililitro (UI/ml) Y 3) el paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: a) corticosteroide inhalado de dosis media a alta Y b) controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que el paciente presente intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma persistente de moderada a grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra la reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas (sx) y las exacerbaciones o la reducción de la dosis diaria de corticosteroides orales de mantenimiento. Para la urticaria crónica espontánea (CSU), tratamiento inicial: 1) El paciente ha sido evaluado por otras causas de urticaria, incluidos angioedema relacionado con bradicinina y síndromes urticariales asociados a interleucina-1 (IL-1) (p. ej., trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial), 2) el paciente ha experimentado una aparición espontánea de habones, angioedema, o ambos, durante al menos 6 semanas Y 3) el paciente permanece sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1. Para CSU, COT: el paciente ha experimentado un beneficio (p. ej., mejoría de los síntomas) desde el inicio del tratamiento. Para la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP): 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento adicional de mantenimiento Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con Xhance (fluticasona). Para la alergia alimentaria mediada por IgE, tratamiento inicial: el paciente tiene un nivel basal de IgE superior o igual a 30 UI/ml. Para la alergia alimentaria mediada por IgE, COT: el paciente ha experimentado un beneficio evidenciado por una disminución de la hipersensibilidad (p. ej., sx cutáneo, respiratorio o gastrointestinal de moderado a grave) al alérgeno alimentario.
Restricciones de edad	CSU: 12 años de edad en adelante. Asma: 6 años de edad en adelante. CRSwNP: 18 años de edad en adelante. Alergia a los alimentos mediada por IgE: 1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	CSU inicial: 6 meses, continuación de la CSU. Todas las demás: Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	XOSPATA
Nombres del medicamento	XOSPATA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento FLT3, leucemia mieloide aguda (AML) tras un trasplante alogénico de células hematopoyéticas (HCT), en remisión.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la tirosina cinasa 3 similar al FMS (FLT3): la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica. Para la AML con mutación FLT3: el medicamento solicitado se utilizará para uno de los siguientes fines: a) enfermedad recidivante o refractaria, b) terapia de inducción, c) terapia postinducción tras la respuesta a la terapia de inducción con el medicamento solicitado, d) terapia de consolidación, e) terapia de mantenimiento en pacientes que se encuentran en remisión tras un trasplante alogénico de células hematopoyéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	XPOVIO
Nombres del medicamento	XPOVIO, XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY, XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), linfoma de células B de alto grado, trastornos linfoproliferativos postrasplante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para mieloma múltiple: El paciente debe haber sido tratado con al menos una terapia previa. Para los linfomas de células B: El paciente debe haber sido tratado con al menos dos líneas de terapia sistémica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	XTANDI
Nombres del medicamento	XTANDI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración o del cáncer de próstata metastásico sensible a la castración: El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	XTRENBO
Nombres del medicamento	XTRENBO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipercalcemia de malignidad, afección refractaria a la terapia con bisfosfonato intravenoso (IV) o hay un motivo clínico para evitar la terapia con bisfosfonato intravenoso.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	XYREM
Nombres del medicamento	SODIUM OXYBATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: 1) el diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño, Y 2) si el paciente tiene 18 años o más, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a, por lo menos, un medicamento promotor de la vigilia del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., armodafinil, modafinil), O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos promotores de la vigilia del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., armodafinil, modafinil). Para el tratamiento de la cataplejía en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Si la solicitud es para la continuación de la terapia, el paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o disminución de episodios de cataplexia con narcolepsia.
Restricciones de edad	7 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Recetado o en consulta con un especialista en trastornos del sueño o neurólogo.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí

Grupo de autorización previa	YESINTEK
Nombres del medicamento	YESINTEK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos casos): 1) las áreas fundamentales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal está afectada), O 3) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple cualquiera de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	YONSA
Nombres del medicamento	YONSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	YUTREPIA
Nombres del medicamento	YUTREPIA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]) o la hipertensión pulmonar (PH) asociada a una enfermedad pulmonar intersticial (Grupo 3 de la WHO): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos casos: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 2 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ZARXIO
Nombres del medicamento	ZARXIO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Neutropenia en los síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, neutropenia en la anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de neutropenia febril (FN) inducida por la quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o un cáncer no mieloide Y 2) el paciente ha recibido, está recibiendo o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ZEJULA
Nombres del medicamento	ZEJULA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Leiomiomasarcoma uterino
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el leiomiomasarcoma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como terapia de segunda línea o posterior Y 2) el paciente tiene una enfermedad con alteración del BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ZELBORAF
Nombres del medicamento	ZELBORAF
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas, leucemia de células pilosas, cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, glioblastoma, glioma difuso pediátrico de alto grado), terapia sistémica adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer del sistema nervioso central (CNS) p.ej., glioma, astrocitoma, glioblastoma, glioma pediátrico difuso de alto grado: 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) El fármaco solicitado se utilizará en combinación con cobimetinib O el fármaco solicitado se está utilizando para el tratamiento del glioma pediátrico difuso de alto grado. Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único, o en combinación con cobimetinib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes casos: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, o b) terapia sistémica adyuvante o neoadyuvante. Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la histiocitosis de células de Langerhans: tumor con mutación de BRAF V600. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) El paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ZIRABEV
Nombres del medicamento	ZIRABEV
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, cánceres del sistema nervioso central (CNS) (incluidos los gliomas difusos de alto grado pediátricos), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal del testículo, sarcomas de tejidos blandos, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, cánceres vulvares, cáncer vaginal, adenocarcinoma del intestino delgado y trastornos oftálmicos: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluidos los subtipos de coroidopatía polipoide y proliferación angiomasosa retiniana, edema macular tras oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ZOLINZA
Nombres del medicamento	ZOLINZA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Micosis fungoide (MF), síndrome de Sézary (SS)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ZONISADE
Nombres del medicamento	ZONISADE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento complementario de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico Y el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom, Xcopri, Spritam O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas).
Restricciones de edad	16 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	ZTALMY
Nombres del medicamento	ZTALMY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ZURZUVAE
Nombres del medicamento	ZURZUVAE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la depresión posparto (DPP): el diagnóstico se confirmó utilizando escalas de calificación estandarizadas que miden de manera confiable los síntomas depresivos (p. ej., Escala de calificación de depresión de Hamilton [HDRS], Escala de depresión posnatal de Edimburgo [EPDS], Cuestionario de salud del paciente 9 [PHQ9], Montgomery -Escala de calificación de depresión de Asberg [MADRS], Inventario de depresión de Beck [BDI], etc.).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No
Grupo de autorización previa	ZYDELIG
Nombres del medicamento	ZYDELIG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Linfoma linfocítico pequeño (SLL)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL): el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea o posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Grupo de autorización previa	ZYKADIA
Nombres del medicamento	ZYKADIA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), NSCLC recurrente, avanzado o metastásico con ROS1 positivo, enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) sintomática o recidivante/refractaria con fusión de ALK, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) con translocación de ALK (incluido sarcoma uterino avanzado, recidivante/metastásico o inoperable para IMT con translocación de ALK), metástasis cerebral por NSCLC con ALK positivo, linfoma de células grandes anaplásico (ALCL) recidivante o refractario con ALK positivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene un cáncer recurrente, avanzado o metastásico positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib), O 3) enfermedad ROS1-positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	Sí
Grupo de autorización previa	ZYPREXA RELPREVV
Nombres del medicamento	ZYPREXA RELPREVV
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Se ha establecido tolerancia con olanzapine por vía oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Terapia previa requerida	No

Aviso de disponibilidad (NOA) Todos los planes excepto CA H3038, MA H2224, MA H4371, OH H9955-008

Aviso de disponibilidad (NOA) Plan CA Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) y plan Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

Aviso de disponibilidad (NOA) Plan Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP)

