Criterios de PA

Grupo de Autorización Previa	ABIRATERONE
Nombres de medicamentos	ABIRATERONE ACETATE
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), sin metástasis (M0)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ACITRETIN
Nombres de medicamentos	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	Psoriasis: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia, o presenta una contraindicación al metotrexato o la ciclosporina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ACTIMMUNE
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ADEMPAS
Nombres de medicamentos	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 (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [World Health Organization, WHO]), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos pacientes): 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 a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual a 3 unidades Wood. Para hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (chronic thromboembolic pulmonary hypertension, CTEPH) (Grupo 4 de la OMS): 1) El paciente tiene CTEPH (hipertensión pulmonar tromboembólica crónica) 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	AIMOVIG
Nombres de medicamentos	AIMOVIG
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 paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y se redujeron sus días con migraña por mes en relación con el valor base; O 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con un ensayo de 4 semanas con medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos o antidepresivos; O 3) El paciente experimentó intolerancia o presenta una contraindicación que prohíbe un ensayo de 4 semanas con AED, agentes bloqueantes beta-adrenérgicos o antidepresivos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Inicial 3 meses, reautorización año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ALDURAZYME
Nombres de medicamentos	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 mucopolisacaridosis I: el diagnóstico se confirmó mediante un ensayo de enzima que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-L-iduronidasa o mediante pruebas genéticas. Pacientes con síndrome de Scheie deben tener síntomas moderados a graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ALECENSA
Nombres de medicamentos	ALECENSA
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 ALK (cinasa de linfoma anaplásico) positivo recurrente, metástasis cerebral por NSCLC con ALK positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ALOSETRON
Nombres de medicamentos	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	1) El medicamento solicitado se receta para una paciente biológicamente femenina o una persona que se autoidentifica como mujer con un diagnóstico de síndrome de colon irritable con diarrea predominante (IBS) Y 2) Síntomas de IBS crónico que duran al menos 6 meses Y 3) Se han descartado anormalidades del tracto gastrointestinal Y 4) Respuesta inadecuada a una terapia convencional (p. ej., antiespasmódicos, antidepresivos y antidiarreicos).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR
Nombres de medicamentos	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 la proteinasa alfa1: El paciente debe tener 1) enfisema clínicamente evidente y 2) nivel de inhibidor de la proteinasa alfa1 en suero antes del tratamiento inferior a 11 micromol/L (80 mg/dL por inmunodifusión radial o 50 mg/dL por nefelometría).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ALUNBRIG
Nombres de medicamentos	ALUNBRIG
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 ALK (cinasa de linfoma anaplásico) positivo recurrente, metástasis cerebral por NSCLC con ALK positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	AMBRISENTAN
Nombres de medicamentos	AMBRISENTAN
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 (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [World Health Organization, WHO]), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos pacientes): 1) Presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg; 2) Presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual a 15 mmHg; y 3) Resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ANFETAMINAS
Nombres de medicamentos	ANFETAMINA/DEXTROAMFETA
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, por sus siglas en inglés) o un Trastorno de Déficit de Atención (ADD, por sus siglas en inglés); O 2) El paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ARCALYST
Nombres de medicamentos	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 el tratamiento para bajar el nivel de urato.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan el tratamiento hipouricemiante (p. ej., allopurinol) (nuevos pacientes): 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 antinflamatorios no esteroideos (AINE) y colchicine; Y 3) uso concurrente con el tratamiento hipouricemiante. Para la prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan el tratamiento hipouricemiante (p. ej., alopurinol) (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 base; Y 2) uso continuado de tratamiento hipouricemiante concurrente con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Para prevención de brotes de gota: 4 meses. Otros: año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ARMODAFINIL
Nombres de medicamentos	ARMODAFINIL
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 paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia y se confirmó mediante una evaluación de laboratorio del sueño; O 2) El paciente tiene un diagnóstico de Trastorno del Sueño por Turnos de Trabajo (SWD, por sus siglas en inglés); O 3) El paciente tiene un diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (OSA, por sus siglas en inglés) y se confirmó mediante polisomnografía.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	AUSTEDO
Nombres de medicamentos	AUSTEDO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Síndrome de Tourette
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	AVASTIN
Nombres de medicamentos	AVASTIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama, tipos de tumores del sistema nervioso central (CNS, por sus siglas en inglés): astrocitoma/oligodendroglioma supratentorial infiltrante de bajo grado en adultos (Grado II de la WHO), ependimoma espinal e intracraneal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma en adultos, linfoma primario del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebral limitada y extensiva, tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer de ovarios/cáncer de las trompas de Falopio, tipos de cáncer peritoneal primario: carcinosarcoma (tumores de Müller mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometrioide de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado, tumores epiteliales limítrofes de ovario (bajo potencial maligno) con implantes invasivos, y tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, tipos de sarcomas de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, carcinoma de células escamosas de la vulva, y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluidos la vasculopatía coroidea polipoidea y los subtipos de proliferación angiomatosa retiniana, edema macular posterior a la oclusión de la vena de la retina, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro, adenocarcinoma del intestino delgado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo 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. Para todas las indicaciones excepto los trastornos relacionados con la oftalmología: El paciente tuvo un evento adverso intolerable tanto a Mvasi COMO a Zirabev y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción.

Grupo de Autorización Previa	AYVAKIT
Nombres de medicamentos	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 de estroma gastrointestinal (GIST, por sus siglas en inglés) para una enfermedad no operable, recurrente o metastásica sin la mutación del exón 18 del gen del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA, por sus siglas en inglés)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, el paciente cumple todos los siguientes criterios: 1) la enfermedad es con reordenación de FIP1L1- PDGFRA; Y 2) la enfermedad alberga una mutación D842A del gen PDGFRA; Y 3) la enfermedad es resistente a imatinib. Para GIST, el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: 1) la enfermedad alberga la mutación del exón 18 del gen PDGFRA, incluidas las mutaciones D842V del gen PDGFRA; O 2) el medicamento solicitado se utilizará después de obtener resultados insatisfactorios con, al menos, dos tratamientos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para una enfermedad inoperable, recurrente o metastásica sin la mutación del exón 18 del gen PDGFRA. Para mastocitosis sistémica avanzada (AdvSM, por sus siglas en inglés): 1) el paciente tiene un diagnóstico de mastocitosis sistémica avanzada, incluida mastocitosis sistémica agresiva (ASM, por sus siglas en inglés), mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada (SM-AHN, por sus siglas en inglés) y leucemia de mastocitos (MCL, por sus siglas en inglés) Y 2) el paciente tiene un recuento de plaquetas mayor o igual a 50,000/mcL.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	B VS. del Miembro
Nombres de medicamentos	ABELCET, ABRAXANE, ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, ADRIAMYCIN, ALBUTEROL SULFATE, ALIMTA, AMBISOME, AMPHOTERICIN B, AMPHOTERICIN B LIPOSOME, APREPITANT, AZACITIDINE, AZATHIOPRINE, 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%, DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID, DOCETAXEL, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, ENGERIX-B, EPIRUBICIN HCL, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FLUOROURACIL, FREAMINE III, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINE HCL, GEMCITABINE HYDROCHLORIDE, GENGRAF, GRANISETRON HYDROCHLORIDE, HEPARIN SODIUM, HEPATAMINE, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, IBANDRONATE SODIUM, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), INTRALIPID, INTRON A, IPRATROPIUM BROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUT, IRINOTECAN, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE, KADCYLA, LEUCOVORIN CALCIUM, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, LEVOCARNITINE, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE, METHOTREXATE, METHOTREXATE SODIUM, METHYLPREDNISOLONE, METHYLPREDNISOLONE ACETAT, METHYLPREDNISOLONE SODIUM, MORPHINE SULFATE, MYCOPHENOLATE MOFETIL, MYCOPHENOLIC ACID DR, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, ONDANSETRON HYDROCHLORIDE, ONDANSETRON ODT, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PACLITAXEL PROTEIN-BOUND, PAMIDRONATE DISODIUM, PARAPLATIN, PARICALCITOL, PEMETREXED, PENTAMIDINE ISETHIONATE, PLENAMINE, PREDNISOLONE, PREDNISOLONE SODIUM PHOSP, PREDNISONE, PREDNISONE INTENSOL, PREHEVBRIO, PREMASOL, PROCALAMINE, PROGRAF, PROSOL, RABAVERT, RECOMBIVAX HB, SANDIMMUNE, SIROLIMUS, TACROLIMUS, TDVAX, TENIVAC, TOPOSAR, TPN ELECTROLYTES, TRAVASOL, TROPHAMINE, VINCRISTINE SULFATE, VINORELBINE TARTRATE, XATMEP, ZOLEDRONIC ACID, ZORTRESS
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	No Aplicable
Otros criterios	Este medicamento puede estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, según las circunstancias. Deberá enviarse información que describa el uso y entorno del medicamento para tomar la determinación.

Grupo de Autorización Previa	BALVERSA
Nombres de medicamentos	BALVERSA
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BANZEL
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BENLYSTA
Nombres de medicamentos	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 el tratamiento: lupus del sistema nervioso central activo grave.
Información médica requerida	Para lupus eritematoso sistémico (systemic lupus erythematosus, SLE): 1) el paciente actualmente recibe un régimen de tratamiento estándar estable (p. ej., corticoesteroides o antipalúdico) para SLE; O 2) el paciente, en la actualidad, no recibe un régimen de tratamiento estándar estable para SLE porque tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia al tratamiento. Para nefritis lúpica: 1) Actualmente, el paciente recibe un régimen de tratamiento estándar estable (p. ej., corticosteroides) para nefritis lúpica; O 2) en la actualidad, el paciente no recibe un régimen de tratamiento estándar estable para nefritis lúpica porque tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia al tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BERINERT
Nombres de medicamentos	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 angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE): el medicamento solicitado se está utilizando para el tratamiento de los ataques de angioedema agudo. El paciente tiene HAE con deficiencia del inhibidor C1 confirmado por análisis de laboratorio, O tiene HAE con inhibidor C1 normal confirmado por análisis de laboratorio. Para pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, O BIEN 1) El paciente obtuvo un resultado positivo para la mutación del gen plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1) o angiopoyetina-1 o F12; O 2) El paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con un antihistamínico durante, al menos, un mes.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	Inmunólogo, alergólogo, reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BESREMI
Nombres de medicamentos	BESREMI
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BETASERON
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BEXAROTENE
Nombres de medicamentos	BEXAROTENE
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, linfoma de células grandes anaplásico primario cutáneo con CD30, papulosis linfomatoide con CD30.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BOSENTAN
Nombres de medicamentos	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 (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [World Health Organization, WHO]), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos pacientes): 1) Presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg; 2) Presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual a 15 mmHg; y 3) Resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BOSULIF
Nombres de medicamentos	BOSULIF
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia linfocítica aguda con cromosoma Filadelfia (Philadelphia chromosome positive acute lymphoblastic leukemia, Ph+ ALL)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para pacientes con leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML) o leucemia linfocítica aguda (acute lymphoblastic leukemia, ALL): diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para la CML, incluidos los pacientes recientemente diagnosticados con CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: el paciente ha experimentado resistencia o intolerancia al imatinib o al dasatinib. Si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la CML, el paciente dio negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BRAFTOVI
Nombres de medicamentos	BRAFTOVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento adyuvante sistémico para melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer colorrectal, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios: 1) el tumor es positivo para la mutación del gen BRAF V600E; 2) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de las siguientes opciones: a) como tratamiento posterior para la enfermedad avanzada o metastásica, o b) como tratamiento primario para metástasis metacrónica inoperable. Para melanoma cutáneo, el paciente debe cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El tumor es positivo para la mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); 2) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con binimetinib; y 3) El medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de las siguientes opciones: a) enfermedad metastásica o inoperable, o b) tratamiento adyuvante sistémico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BRIVIACT
Nombres de medicamentos	BRIVIACT
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 paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico Y 2) En caso de que el paciente tenga 4 años o más, el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom, Vimpat, Xcopri, Spritam.
Restricciones de edad	1 mes de edad en adelante
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BRIVIACT INJ
Nombres de medicamentos	BRIVIACT
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 paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico Y 2) En caso de que el paciente tenga 4 años o más, el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom, Vimpat, Xcopri, Spritam.
Restricciones de edad	1 mes de edad en adelante
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BRUKINSA
Nombres de medicamentos	BRUKINSA
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BUDESONIDE CAP
Nombres de medicamentos	BUDESONIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento y mantenimiento de la colitis microscópica en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tuvo una recaída clínica después de terminar la terapia de tratamiento (inducción) para su uso en el mantenimiento de la colitis microscópica.
Restricciones de edad	Tratamiento de la enfermedad de Crohn: pacientes de 8 años o más.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Colitis microscópica, mantenimiento: 12 meses. Todas las demás indicaciones: 3 meses.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BUPRENORPHINE
Nombres de medicamentos	BUPRENORPHINE HCL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Se receta el medicamento solicitado para el tratamiento por dependencia de opioides, Y el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: 1) La paciente está embarazada o en período de lactancia, y se receta el medicamento solicitado para terapia de inducción o posterior terapia de mantenimiento para el tratamiento por dependencia de opioides; O 2) Se receta el medicamento solicitado por terapia de inducción para la transición del consumo de opioides al tratamiento por dependencia de opioides; O 3) Se receta el medicamento solicitado por terapia de mantenimiento para el tratamiento por dependencia de opioides en un paciente con intolerancia a la naloxona.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	BUPRENORPHINE PATCH
Nombres de medicamentos	BUPRENORPHINE
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 receta por un dolor asociado con cáncer, anemia falciforme, afección terminal o dolor controlado mediante cuidados paliativos O 2) El medicamento solicitado se receta por dolor suficientemente grave para requerir tratamiento a largo plazo, diario, las 24 horas, en un paciente que ha tomado opioides Y 3) El paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada según sus antecedentes de consumo de opioides [Nota: Este medicamento debe ser recetado únicamente por profesionales de la salud que estén familiarizados con el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 4) El paciente ha sido evaluado y será monitoreado por el desarrollo del trastorno por uso de opioides; Y 5) 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CABOMETYX
Nombres de medicamentos	CABOMETYX
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 el carcinoma de células renales: la enfermedad es avanzada o recidivante o está en estadio IV. Para cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) La enfermedad es positiva para la fusión del gen con reacomodamiento durante la transfección (RET) Y 2) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica. Para carcinoma hepatocelular: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CALCIPOTRIENE
Nombres de medicamentos	CALCIPOTRIENE, CALCITRENE, ENSTILAR
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 receta para el tratamiento de la psoriasis Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un esteroide tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CALQUENCE
Nombres de medicamentos	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 linfoplasmocitario
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para leucemia linfocítica crónica o linfoma linfocítico de células pequeñas: el paciente experimentó un evento adverso intolerable con el ibrutinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CAPLYTA
Nombres de medicamentos	CAPLYTA
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 contraindicaciones a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes productos comerciales: Latuda, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento de los episodios depresivos asociados al trastorno bipolar I: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: olanzapine, quetiapine, Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Latuda, Vraylar. Para el tratamiento de episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar II: El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a la quetiapina genérica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CAPRELSA
Nombres de medicamentos	CAPRELSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma de tiroides diferenciado: papilar, folicular y de células de Hurthle.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CARBAGLU
Nombres de medicamentos	CARBAGLU, 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 la deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS): el diagnóstico de deficiencia de NAGS se confirmó mediante pruebas enzimáticas o genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CAYSTON
Nombres de medicamentos	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 el tratamiento de síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) Pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de vías respiratorias del paciente O 2) El paciente tiene antecedentes de infección o colonización de pseudomonas aeruginosa en las vías respiratorias.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CERDELGA
Nombres de medicamentos	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 enfermedad de Gaucher, diagnóstico confirmado por ensayo de enzima que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima beta glucocerebrosidasa ácida o por pruebas genéticas. El estado de metabolizador de CYP2D6 del paciente se estableció con una prueba aprobada por la FDA. El paciente es un metabolizador extensivo, intermedio o bajo de CYP2D6.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CEREZYME
Nombres de medicamentos	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 enfermedad de Gaucher, diagnóstico confirmado por ensayo de enzima que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima beta glucocerebrosidasa ácida o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CHANTIX
Nombres de medicamentos	CHANTIX STARTING MONTH PA, VARENICLINE STARTING MONT, VARENICLINE TARTRATE
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CLOBAZAM
Nombres de medicamentos	CLOBAZAM
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CLOMIPRAMINE
Nombres de medicamentos	CLOMIPRAMINE HCL
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	1) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de uno de los siguientes trastornos: Obsesivo Compulsivo (OCD, por sus siglas en inglés) o de Pánico; Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI, por sus siglas en inglés) o un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés); O 3) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de la Depresión; Y 4) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a dos de los siguientes: SNRI, SSRI, mirtazapina, bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CLORAZEPATE
Nombres de medicamentos	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: el recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con el medicamento solicitado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) el medicamento solicitado se utiliza simultáneamente con un SSRI o un SNRI hasta que el SSRI o SNRI sea efectivo para los síntomas de ansiedad; O 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a POR LO MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) SSRI O b) SNRI.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
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	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante.

Grupo de Autorización Previa	CLOZAPINE ODT
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	COMETRIQ
Nombres de medicamentos	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), carcinoma de tiroides diferenciado: papilar, células de Hurthle y folicular.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para NSCLC: El medicamento solicitado se utiliza para NSCLC cuando la enfermedad del paciente expresa la fusión del gen con reacomodamiento durante la transfección (RET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	COPIKTRA
Nombres de medicamentos	COPIKTRA
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	COTELLIC
Nombres de medicamentos	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 (Central nervous system, SNC) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de tratamiento adyuvante del melanoma y cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma), el paciente debe cumplir con los siguientes criterios: 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K) y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con vemurafenib. Para melanoma inoperable o metastásico, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios: 1) El tumor es positivo para mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); y 2) El medicamento solicitado se administrará en combinación con vemurafenib (con o sin atezolizumab).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CYSTADROPS
Nombres de medicamentos	CYSTADROPS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cistinosis: 1) Diagnóstico de cistinosis confirmado por la presencia de un aumento de la concentración de cistina en leucocitos o por pruebas genéticas; y 2) El paciente presenta una acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CYSTAGON
Nombres de medicamentos	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 cistinosis nefropática: diagnóstico de cistinosis nefropática confirmado por la presencia de aumento de la concentración de cistina en leucocitos o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	CYSTARAN
Nombres de medicamentos	CYSTARAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cistinosis: 1) Diagnóstico de cistinosis confirmado por la presencia de un aumento de la concentración de cistina en leucocitos o por pruebas genéticas; y 2) El paciente presenta una acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	DALFAMPRIDINE
Nombres de medicamentos	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, el paciente debe cumplir con lo siguiente: los nuevos pacientes, antes de iniciar el tratamiento, deben demostrar una deficiencia sostenida en el desplazamiento. Para continuar el tratamiento, el paciente cumple con lo siguiente: debe haber experimentado una mejora de la velocidad de caminata U otra medición objetiva de la capacidad de caminar desde que se inició el tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	DAURISMO
Nombres de medicamentos	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 después de una respuesta al tratamiento previo con el mismo régimen para la leucemia mieloide aguda (Acute Myeloid Leukemia, AML). AML recidivante/refractaria al tratamiento como un componente de la repetición del régimen de inducción exitoso inicial.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda: 1) el medicamento solicitado debe administrarse en combinación con citarabina; 2) el paciente tiene 75 años o más O tiene comorbilidades que impiden la quimioterapia intensiva; y 3) el medicamento solicitado se administrará como tratamiento para la terapia de inducción, la terapia posterior a la inducción o la enfermedad recidivante o refractaria al renal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	DEFERASIROX
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	DEMSER
Nombres de medicamentos	METYROSINE
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	DESVENLAFAXINE
Nombres de medicamentos	DESVENLAFAXINE ER
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 experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de las siguientes opciones: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina, bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	DEXMETHYLPHENIDATE
Nombres de medicamentos	DEXMETHYLPHENIDATE HCL, DEXMETHYLPHENIDATE HYDROC
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 de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) o un Trastorno de Déficit de Atención (ADD); O 2) 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	DHE NASAL
Nombres de medicamentos	DIHYDROERGOTAMINE MESYLAT
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 paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con un triptano agonista de los receptores 5-HT1 O 2) El paciente experimentó una intolerancia al triptano agonista de los receptores 5-HT1 O 3) El paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de triptanos agonistas de los receptores 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	DIACOMIT
Nombres de medicamentos	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	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	DIAZEPAM
Nombres de medicamentos	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: el recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con el medicamento solicitado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) el medicamento solicitado se utiliza simultáneamente con un SSRI o un SNRI hasta que el SSRI o SNRI sea efectivo para los síntomas de ansiedad; O 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a POR LO MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) SSRI, b) SNRI.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
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	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante.

Grupo de Autorización Previa	DICLOFENAC GEL 1 %
Nombres de medicamentos	DICLOFENAC SODIUM
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 presenta dolor por osteoartritis en articulaciones, susceptible al tratamiento tópico, como pies, tobillos, rodillas, manos, muñecas o codos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	DOPTELET
Nombres de medicamentos	DOPTELET
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 asociada a enfermedad hepática crónica: el recuento de plaquetas base previo a un procedimiento programado es menos que 50,000/mcl. Para trombocitopenia inmunitaria (immune thrombocytopenia, ITP) crónica: 1) Para nuevos pacientes, a) el paciente tuvo una respuesta inadecuada o es intolerante a un tratamiento previo como corticoesteroides o inmunoglobulinas, Y b) el recuento de plaquetas sin hacer la transfusión en cualquier momento antes de iniciar la administración del 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 en el que se prevé pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente a traumatismos). 2) Para la continuación de la terapia, la respuesta de recuento de plaquetas al medicamento solicitado: a) Recuento de plaquetas actual menor o igual que 200,000/mcl, O b) Recuento de plaquetas actual mayor que 200,000/mcl y menor o igual que 400,000/mcl, y dosis a ajustar al recuento de plaquetas lo suficientemente como para evitar sangrado clínicamente importante.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Enfermedad hepática crónica: 1 mes. ITP inicial: 6 meses. Reautorización de ITP: año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	DRIZALMA
Nombres de medicamentos	DRIZALMA SPRINKLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Dolor no por cáncer, dolor neuropático inducido por quimioterapia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetina O 2) El paciente no puede tomar cápsulas de duloxetina por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar cápsulas, requiere administración nasogástrica).
Restricciones de edad	Por trastorno de la ansiedad generalizada, debe tener 7 años de edad o más
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	EMSAM
Nombres de medicamentos	EMSAM
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 paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de las siguientes opciones: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina, bupropión; O 2) El paciente no puede tragar formulaciones orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ENBREL
Nombres de medicamentos	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos pacientes): 1) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones al methotrexate (MTX) O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico anterior o un FARME sintético específico. Para espondilitis anquilosante activa (solo nuevos pacientes): 1) respuesta inadecuada a un ensayo con medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE); O 2) intolerancia o contraindicaciones a los AINE. Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos pacientes): 1) al menos un 3% del área de la superficie corporal (body surface area, BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle y áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, O b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado, O c) el paciente padece de psoriasis grave que justifica la administración de un FARME biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos un 10% del BSA o de las áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales o ingle, y áreas intertriginosas] están afectadas). Para hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): el paciente tiene enfermedad refractaria grave.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ENDARI
Nombres de medicamentos	ENDARI
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	EPCLUSA
Nombres de medicamentos	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 (hepatitis C virus, HCV): infección confirmada por presencia de ARN 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 de hígado y riñones, si corresponde. Las condiciones de la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la AASLD (Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Hepáticas) de MMP.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Se aplican los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	EPIDIOLEX
Nombres de medicamentos	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	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ERGOTAMINE
Nombres de medicamentos	ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFE
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ERIVEDGE
Nombres de medicamentos	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 quimioterapia anteriormente Y tiene tumores con mutaciones en la vía de señalización de Hedgehog
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ERLEADA
Nombres de medicamentos	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 utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ERLOTINIB
Nombres de medicamentos	ERLOTINIB HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	NSCLC recurrente o avanzado, cordoma recurrente, carcinoma de células renales (RCC, por sus siglas en inglés) recidivante o en estadio IV, metástasis cerebral de NSCLC.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para NSCLC (incluida metástasis cerebral de NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica y 2) el paciente tiene una enfermedad con mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (Epidermal growth factor receptor, EGFR) sensibilizante. Para cáncer de páncreas, la enfermedad está localmente avanzada, es metastásica o inoperable.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ESBRIET
Nombres de medicamentos	ESBRIET, 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 fibrosis pulmonar idiopática (Revisión Inicial Únicamente): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT, por sus siglas en inglés) de tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (UIP, por sus siglas en inglés); O 2) el estudio mediante HRCT de tórax revela un resultado que no sea patrón de UIP (p. ej., probable UIP, UIP indeterminada) y el diagnóstico es respaldado por una biopsia pulmonar o una consulta multidisciplinaria entre, al menos, un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se realizó una biopsia pulmonar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	EVEROLIMUS
Nombres de medicamentos	AFINITOR, AFINITOR DISPERZ, EVEROLIMUS
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 del timo, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, sarcoma de tejido blando (tumores de célula epitelioide perivascular [PEComa, por sus siglas en inglés], subtipos de linfangioleiomiomatosis), tumores de estroma gastrointestinal, tumor neuroendócrino del timo, carcinoma de tiroides (papilar, células Hurthle y folicular), cáncer de endometrio.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de mama: 1) La enfermedad es recurrente o con receptor de hormona metastásica (HR, por sus siglas en inglés), sin receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2, por sus siglas en inglés); Y 2) El medicamento solicitado se receta en combinación con exemestano, fulvestrant o tamoxifeno; Y 3) El medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento posterior. Para el carcinoma de células renales: el paciente tiene la enfermedad recidivante, avanzada o en estadio IV. Para el astrocitoma subependimario de célula gigante (SEGA, por sus siglas en inglés): El medicamento solicitado se administra como tratamiento adyuvante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	EXKIVITY
Nombres de medicamentos	EXKIVITY
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	FABRAZYME
Nombres de medicamentos	FABRAZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El Diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas, o el paciente es una mujer portadora obligada sintomática.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	FANAPT
Nombres de medicamentos	FANAPT, FANAPT 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 tratamiento de la esquizofrenia, 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes productos comerciales: Latuda, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	FASENRA
Nombres de medicamentos	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 asma grave, tratamiento inicial: 1) a) el paciente tiene un recuento de eosinófilos en sangre base de, al menos, 150 células por microlitro, O b) el paciente es dependiente de corticoesteroides sistémicos; y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos con dosis optimizadas: a) corticoesteroide inhalado y b) controlador adicional (agonista beta2 de larga duración, modificador del leucotrieno o teofilina de liberación sostenida). Para la continuación del tratamiento: el control del asma mejoró con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra la reducción de la frecuencia o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o la reducción de la dosis diaria de corticoides orales de mantenimiento.
Restricciones de edad	12 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	FENTANYL PATCH
Nombres de medicamentos	FENTANYL
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 receta por un dolor asociado con cáncer, anemia falciforme, afección terminal o dolor controlado mediante cuidados paliativos O 2) El medicamento solicitado se receta por dolor suficientemente grave para requerir tratamiento a largo plazo, diario, las 24 horas, en un paciente que ha tomado opioides Y 3) El paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada según sus antecedentes de consumo de opioides [Nota: Este medicamento debe ser recetado únicamente por profesionales de la salud que estén familiarizados con el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 4) El paciente ha sido evaluado y será monitoreado por el desarrollo del trastorno por uso de opioides; Y 5) 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	FETZIMA
Nombres de medicamentos	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	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de las siguientes opciones: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina, bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	FINTEPLA
Nombres de medicamentos	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	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	FLUCYTOSINE
Nombres de medicamentos	FLUCYTOSINE
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	6 semanas
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	FORTEO
Nombres de medicamentos	FORTEO
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: el paciente cumple UNO de los siguientes criterios (1 o 2): 1) antecedentes de fractura por fragilidad; O 2) un puntaje T antes del tratamiento menor o igual a -2.5 o un puntaje T antes del tratamiento mayor que -2.5 y menor que -1 con alta probabilidad de fractura según herramienta de evaluación de riesgo de fracturas (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) en pretratamiento Y el 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) el paciente no tuvo un buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis inyectable anterior; O c) el paciente probó 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 tiene uno de los siguientes: 1) antecedentes de fractura vertebral o de cadera osteoporótica; O 2) un puntaje T antes del tratamiento menor o igual a -2.5; O 3) puntaje T antes del tratamiento mayor de -2.5 y menor de -1 con una alta probabilidad de fractura según FRAX antes del tratamiento. Para osteoporosis inducida por glucocorticoides, el Paciente se sometió a un ensayo con bisfosfonato oral de al menos 1 año de duración, a menos que presente contraindicaciones o intolerancia a un bisfosfonato oral Y cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) antecedentes de fractura por fragilidad; O 2) puntaje T antes del tratamiento inferior o igual a -2.5; O 3) puntaje T antes del tratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con alta probabilidad de fractura según FRAX antes del tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	24 meses en total, a menos que el paciente permanezca en alto riesgo de fractura y el beneficio supere el riesgo
Otros criterios	El paciente tiene alta probabilidad de fractura FRAX si la probabilidad de 10 años es mayor o igual al 20 % para cualquier fractura osteoporótica importante o mayor o igual al 3 % para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoide es mayor de 7.5 mg (equivalente a prednisona) 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.

Grupo de Autorización Previa	FOTIVDA
Nombres de medicamentos	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 carcinoma de célula renal avanzado, se debe cumplir con los siguientes criterios: 1) La enfermedad es recidivante o refractaria; 2) El medicamento solicitado se debe utilizar después de, al menos, dos tratamientos sistémicos previos; y 3) El paciente experimentó un avance de la enfermedad o un evento adverso intolerable con un ensayo de cabozantinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	FYCOMPA
Nombres de medicamentos	FYCOMPA
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 convulsiones de inicio parcial: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom, Vimpat, Xcopri, Spritam. Para el tratamiento complementario de convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico; Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes medicamentos: Vimpat, Spritam.
Restricciones de edad	Convulsiones de inicio parcial: debe tener 4 años de edad o más. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 12 años de edad o más
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	GATTEX
Nombres de medicamentos	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 el tratamiento inicial del síndrome del intestino corto (short bowel syndrome, SBS): los pacientes adultos dependían del soporte parenteral durante al menos 12 meses. Para continuación por SBS: El requerimiento de soporte parenteral disminuyó desde la base mientras estaba en tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	GAVRETO
Nombres de medicamentos	GAVRETO
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 positivo con reacomodamiento durante la transfección (RET) recurrente o avanzado
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón 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 gen con reacomodamiento durante la transfección (RET) o positivo para el reacomodamiento del gen RET.
Restricciones de edad	Cáncer de pulmón de células no pequeñas: 18 años de edad o más. Cáncer de tiroides medular y cáncer de tiroides: 12 años de edad o más.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	GILENYA
Nombres de medicamentos	GILENYA
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	GILOTRIF
Nombres de medicamentos	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 (non-small cell lung cance, NSCLC), el paciente debe cumplir cualquiera de los siguientes criterios: 1) El paciente tiene NSCLC escamoso metastásico que avanzó después de la quimioterapia basada en platino; O 2) el paciente tiene una enfermedad con mutación del gen EGFR sensibilizante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	GLATIRAMER
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	GROWTH HORMONE
Nombres de medicamentos	GENOTROPIN, GENOTROPIN MINIQUICK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas (excepto en pacientes con síndrome de Prader-Willi [Prader-Willi syndrome, PWS]).
Información médica requerida	Para deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD, por sus siglas en inglés) pediátrica, el paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) es menor de 2.5 años con altura antes del tratamiento superior a 2 desviaciones estándar (SD, por sus siglas en inglés) por debajo de la velocidad media y lenta del crecimiento; O 2) es mayor de 2.5 años Y cumple uno de los siguientes criterios: a) la velocidad de altura de 1 año antes del tratamiento es superior a 2 SD por debajo de la media; O b) la altura antes del tratamiento es superior a 2 SD por debajo de la media y la velocidad de altura de 1 año es superior a 1 SD por debajo de la media; Y el paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) no obtuvo un resultado positivo de las 2 pruebas de estimulación de la hormona de crecimiento (GH, por sus siglas en inglés) antes del tratamiento (pico inferior a 10 ng/ml), O 2) trastorno de la hipófisis o del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., defectos genéticos, tumores del CNS, anomalías estructurales congénitas) y el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) antes del tratamiento es superior a 2 SD por debajo de la media, O 3) el paciente es un neonato o se le diagnosticó GHD como neonato. Síndrome de Turner: 1) confirmado por cariotipado Y 2) la estatura antes del tratamiento es inferior al 5.º percentil para la edad. Para la edad gestacional (GA, por sus siglas en inglés): 1) Peso al nacer inferior a 2500 g con una GA de más de 37 semanas, O peso o longitud al nacer por debajo del 3.er percentil para la GA o, al menos, 2 SD por debajo de la media para la GA; Y 2) no manifestó un crecimiento acorde a los 2 años de edad.
Restricciones de edad	Pequeño para edad gestacional (small for gestational age, SGA): 2 años de edad o más.
Restricciones del recetador	Endocrinólogo, endocrinólogo pediátrico, nefrólogo pediátrico, especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo/especialista en soporte nutricional, genetista.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para GHD en adultos, el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) dos pruebas de estimulación de GH sin resultados satisfactorios previas al tratamiento; O 2) IGF-1 antes del tratamiento de más de 2 SD por debajo de la media Y una prueba de estimulación de GH antes del tratamiento con resultados insatisfactorios. (Nota: Las pruebas de estimulación incluyen a) prueba de tolerancia a la insulina [ITT, por sus siglas en inglés] [nivel de GH máximo menor o igual a 5 ng/ml], o b) prueba de estimulación con Macrilen [nivel de GH máximo menor que 2.8 ng/ml], o c) prueba de estimulación de glucagón [GST, por sus siglas en inglés] [nivel de GH máximo menor o igual a 3 ng/ml] para un paciente con un índice de masa corporal [IMC] de entre 25 kg/m2 y 30 kg/m2 y una alta probabilidad previa a la prueba de GHD [p. ej., anomalías estructurales adquiridas] o un IMC inferior a 25 kg/m2, o d) GST (nivel de GH máximo menor o igual a 1 ng/ml) en un paciente con IMC de entre 25 kg/m2 y 30 kg/m2 y una baja probabilidad previa a la prueba de GHD o IMC mayor que 30 kg/m2), O 3) enfermedad hipofisaria-hipotalámica orgánica (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más deficiencias de la hormona pituitaria Y un IGF-1 previo al tratamiento de más de 2 SD por debajo de la media; O 4) anomalías hipofisarias-hipotalámicas estructurales o genéticas; O 5) GHD de aparición en la infancia con anomalía congénita (genética o estructural) del hipotálamo, la hipófisis o el CNS. Renovación para GHD en niños, TS, SGA y GHD en adultos: el paciente está experimentando una mejoría.

Grupo de Autorización Previa	HAEGARDA
Nombres de medicamentos	HAEGARDA
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 está utilizando para prevención de los ataques de angioedema agudo. El paciente tiene angioedema hereditario (HAE) con deficiencia o disfunción del inhibidor C1 confirmado por análisis de laboratorio, O tiene angioedema hereditario con inhibidor C1 normal confirmado por análisis de laboratorio. Para pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, O BIEN 1) El paciente obtuvo un resultado positivo para la mutación del gen plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1) o angiopoyetina-1 o F12; O 2) El paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con un antihistamínico durante, al menos, un mes.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	Inmunólogo, alergólogo, reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	HARVONI
Nombres de medicamentos	HARVONI
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 (hepatitis C virus, HCV): infección confirmada por presencia de ARN 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 de hígado y riñones, si corresponde. Las condiciones de la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la AASLD (Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Hepáticas) de MMP.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Se aplican los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (Infectious Diseases Society of America, IDSA). Recordatorio de opción de 8 semanas si corresponde.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	HERCEPTIN
Nombres de medicamentos	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 cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Tratamiento neoadyuvante contra el cáncer de mama: 6 meses. Otros: año del plan.
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo 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. El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.

Grupo de Autorización Previa	HERCEPTIN HYLECTA
Nombres de medicamentos	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 cáncer de mama con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Tratamiento neoadyuvante contra el cáncer de mama: 6 meses. Otros: año del plan.
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	HERZUMA
Nombres de medicamentos	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 cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Tratamiento neoadyuvante contra el cáncer de mama: 6 meses. Otros: año del plan.
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo 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. El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.

Grupo de Autorización Previa	HETLIOZ
Nombres de medicamentos	HETLIOZ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Trastorno por Ciclo Vigilia-Sueño Diferente a 24 Horas, 1) para tratamiento inicial y continuación de tratamiento: a) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (p. ej., retinas no funcionales) y b) incapacidad de percibir la luz en cualquiera de los ojos; Y 2) si está actualmente en tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente debe cumplir con, al menos, uno de estos requisitos: a) aumento del sueño total nocturno, o b) disminución de la duración de la siesta diurna. Para alteraciones nocturnas del sueño en el Síndrome de Smith-Magenis (SMS, por sus siglas en inglés): 1) para el tratamiento inicial y el tratamiento de continuación, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS Y 2) si se encuentra actualmente en tratamiento con el medicamento solicitado, observa una mejora en la calidad del sueño desde que lo comenzó.
Restricciones de edad	Diferente a 24 horas: 18 años de edad o más. Pequeño para edad gestacional (small for gestational age, SMS): 16 años de edad o más.
Restricciones del recetador	Especialista en trastornos del sueño o neurólogo
Duración de la cobertura	Inicio: 6 meses. Renovación: año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	HRM-ANTICONVULSANTS
Nombres de medicamentos	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	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente.

Grupo de Autorización Previa	HRM-ANTIPARKINSON
Nombres de medicamentos	BENZTROPINE MESYLATE, TRIHEXYPHENIDYL HCL, TRIHEXYPHENIDYL HYDROCHLO
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 (extrapyramidal symptoms, EPS): 1) el paciente no probó el medicamento alternativo de no alto riesgo (High Risk Medication, HRM), amantadine; Y 2) el paciente tiene una contraindicación al medicamento alternativo de no alto riesgo, amantadine; O 3) el paciente probó el medicamento alternativo de no alto riesgo, amantadine Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo de no alto riesgo, amantadine. Enfermedad de Parkinson: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: amantadine, carbidopa o levodopa, pramipexol, o ropinirole. Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente.

Grupo de Autorización Previa	CIPROHEPTADINA HRM
Nombres de medicamentos	CIPROHEPTADINA HCL, CLORHIDRATO DE CIPROHEPTADINA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Prurito, espasticidad debida a una lesión en la médula espinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para rinitis: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente.

Grupo de Autorización Previa	DIPYRIDAMOLE HRM
Nombres de medicamentos	DIPYRIDAMOLE
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente.

Grupo de Autorización Previa	GUANFACINE ER HRM
Nombres de medicamentos	GUANFACINE ER, 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	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente.

Grupo de Autorización Previa	GUANFACINE IR HRM
Nombres de medicamentos	GUANFACINE HCL, 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	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente.

Grupo de Autorización Previa	HRM-HYDROXYZINE
Nombres de medicamentos	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 ansiedad, 1) el paciente ha probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: 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 probó dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada; Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda. Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, diciclomina, cyclobenzaprina) con el medicamento solicitado, el recetador determinó que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: La administración de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores está asociada con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente.

Grupo de Autorización Previa	HRM-HYDROXYZINE INJ
Nombres de medicamentos	HYDROXYZINE HCL, 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	Para síndrome de abstinencia de alcohol, 1) el paciente no probó 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 probó uno de los siguientes 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. Ansiedad: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; O 3) El paciente no probó dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente.

Grupo de Autorización Previa	HRM-HYPNOTICS
Nombres de medicamentos	ESZOPICLONE, ZALEPLON, 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	1) El paciente tiene una contraindicación al medicamento alternativo de no alto riesgo (no HRM), doxepina (3 mg o 6 mg) O 2) Se probó el medicamento alternativo no HRM, doxepina (3 mg o 6 mg), Y 3) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo no HRM, doxepina (3 mg o 6 mg) Y 4) Si el paciente utiliza dos o más medicamentos activos adicionales para el sistema nervioso central (CNS, por sus siglas en inglés) (p. ej., lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el recetador determinó que tomar varios medicamentos activos para el CNS es médicamente necesario para el paciente [Nota: La administración de varios medicamentos activos para el sistema nervioso central (CNS, por sus siglas en inglés) en adultos mayores está asociada con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente. SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULATIVOS DE TERAPIA AL AÑO.

Grupo de Autorización Previa	HRM-PROMETHAZINE
Nombres de medicamentos	PROMETHAZINE HCL, PROMETHAZINE HCL PLAIN, 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 probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente.

Grupo de Autorización Previa	ESCOPOLAMINA HRM
Nombres de medicamentos	ESCOPOLAMINA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Exceso de salivación
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente.

Grupo de Autorización Previa	HRM-SKELETAL MUSCLE RELAXANTS
Nombres de medicamentos	CARISOPRODOL, CYCLOBENZAPRINE HYDROCHLO, METHOCARBAMOL, VANADOM
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., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, diciclomina, hidroxizina) con el medicamento solicitado, el recetador ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores está asociado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente.

Grupo de Autorización Previa	HUMIRA
Nombres de medicamentos	HUMIRA, HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S, 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, síndrome de Behcet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos pacientes): 1) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones al methotrexate (MTX) O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico anterior o un FARME sintético específico. Para espondilitis anquilosante activa y espondiloartritis axial (solo nuevos pacientes): 1) Respuesta inadecuada a un ensayo con medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) Intolerancia o contraindicaciones a los AINE. Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos pacientes): 1) al menos un 3% del área de la superficie corporal (body surface area, BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle y áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, O b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado, O c) el paciente padece de psoriasis grave que justifica la administración de un FARME biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos un 10% del BSA o de las áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales o ingle, y áreas intertriginosas] están afectadas). Para enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa (solo nuevos pacientes): 1) respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) intolerancia o contraindicaciones al tratamiento convencional. Para colitis ulcerativa de moderada a gravemente activa (solo pacientes nuevos): 1) El paciente presenta una respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) El paciente presenta intolerancia o contraindicaciones al tratamiento convencional.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	HYPNOTIC BENZODIAZEPINES
Nombres de medicamentos	TEMAZEPAM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con el medicamento solicitado es mayor que los posibles riesgos para el paciente. (Nota: La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución o bajo supervisión médica). El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia, o tiene una contraindicación a la doxepina (3 mg o 6 mg).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULATIVOS DE TERAPIA AL AÑO.

Grupo de Autorización Previa	IBRANCE
Nombres de medicamentos	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 o desdiferenciado no operable del área retroperitonea.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ICATIBANT
Nombres de medicamentos	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 angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE): el medicamento solicitado se está utilizando para el tratamiento de los ataques de angioedema agudo. El paciente tiene HAE con deficiencia del inhibidor C1 confirmado por análisis de laboratorio, O tiene HAE con inhibidor C1 normal confirmado por análisis de laboratorio. Para pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, O BIEN 1) El paciente obtuvo un resultado positivo para la mutación del gen plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1) o angiopoyetina-1 o F12; O 2) El paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con un antihistamínico durante, al menos, un mes.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	Inmunólogo, alergólogo, reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ICLUSIG
Nombres de medicamentos	ICLUSIG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Terapia de seguimiento después de trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT, por sus siglas en inglés) para pacientes con leucemia mieloide crónica (CML) y leucemia linfocítica aguda (ALL)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para pacientes con leucemia mielógena crónica (CML) o leucemia linfocítica aguda (ALL): diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML, incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el paciente padece CML en fase acelerada o blástica y no se indica ningún otro inhibidor de la cinasa; O 2) el paciente padece CML en fase crónica y experimentó resistencia o intolerancia a, al menos, 2 inhibidores de la cinasa anteriores Y, al menos, uno de ellos fue imatinib o dasatinib; O 3) el paciente tiene la mutación T315I.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	IDHIFA
Nombres de medicamentos	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 (Acute Myeloid Leukemia, AML) con una mutación de la isocitrato deshidrogenasa-2 (Isocitrate Dehydrogenase-2, IDH2): 1) el paciente tiene 60 años de edad o más con una AML recién diagnosticada y cumple con una de las siguientes condiciones: a) el paciente no es un candidato para la terapia de inducción intensiva o b) el paciente rechaza la quimioterapia de inducción intensiva O 2) el paciente tiene 60 años o más y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la inducción como respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado; O BIEN 3) el paciente tiene una AML recidivante o refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	IMATINIB
Nombres de medicamentos	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 vellonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes (PVNS/TGCT, por sus siglas en inglés), cordoma recurrente, melanoma, sarcoma de Kaposi relacionado con el AIDS, leucemia mielomonocítica crónica, enfermedad de injerto contra huésped crónica (cGVHD, por sus siglas en inglés), leucemia linfocítica aguda de linfocitos T, mastocitosis sistémica agresiva cuando hay eosinofilia con el gen de fusión FIP1L1-PDGFRA
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para leucemia mieloide crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML, el paciente no tuvo fallas en la terapia anterior (salvo falla por intolerancia) con inhibidores de la tirosinacinasa. Para melanoma, mutación c-Kit positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	IMBRUVICA
Nombres de medicamentos	IMBRUVICA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tricoleucemia, linfoma linfoplasmacítico, linfoma folicular, linfoma del sistema nervioso central primario, linfoma de linfocitos B relacionado con el AIDS, transformación histológica de linfoma de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, linfoma difuso de linfocitos B grandes, trastornos linfoproliferativos postrasplante, linfoma de linfocitos B de alto grado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para linfoma de células del manto: 1) el medicamento solicitado se utilizará en un paciente que haya recibido, al menos, un tratamiento anterior; O 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con rituximab como tratamiento previo a la terapia de inducción con un régimen basado en RHyperCVAD (rituximab, cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin y dexamethasone). En el caso del linfoma de zona marginal (incluido el linfoma del tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica [Mucosa-Associated Lumphoid Tissue, MALT], el linfoma MALT no gástrico, el linfoma ganglionar de la zona marginal y el linfoma esplénico de zona marginal): el paciente ha recibido, al menos, una terapia previa. Para leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se usará como agente único para el avance de la enfermedad. Para el linfoma primario del sistema nervioso central: 1) la enfermedad es recidivante o refractaria O 2) el medicamento solicitado se utiliza para la terapia de inducción como agente único. Para la transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que recibieron quimioinmunoterapia previa. Para linfoma difuso de células B: el medicamento solicitado se usará como terapia de segunda línea o posterior. Para linfoma de células B relacionado con SIDA: el medicamento solicitado se utilizará como un solo agente y como terapia de segunda línea o posterior para enfermedad recidivante. Para trastornos linfoproliferativos posteriores a un trasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido una quimioterapia previa. Para linfoma de células B de alto grado: el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para linfoma folicular: el medicamento solicitado se utilizará como agente único.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	INCRELEX
Nombres de medicamentos	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 eliminación del gen de la hormona de crecimiento en pacientes que desarrollaron anticuerpos neutralizantes de la hormona de crecimiento, se deben cumplir todos los siguientes requisitos antes de comenzar el tratamiento con el medicamento solicitado (solo nuevos pacientes): 1) estatura de 3 desviaciones estándar (standard deviations, SD) o más por debajo de la media para niños de la misma edad y género Y 2) nivel base de IGF-1 de 3 SD o más por debajo de la media para niños de la misma edad y género Y 3) la prueba estimulante de la hormona del crecimiento muestra un nivel de hormonas del crecimiento normal o elevado. Para la renovación, el paciente está experimentando una mejoría.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	INGREZZA
Nombres de medicamentos	INGREZZA
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	INLYTA
Nombres de medicamentos	INLYTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma tiroideo (papilar, de células de Hurthle o folicular).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: la enfermedad es avanzada, recidivante o en estadio IV.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	INQOVI
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	INREBIC
Nombres de medicamentos	INREBIC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del gen de la cinasa Jano 2 (JAK2, por sus siglas en inglés)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del JAK2: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	IR BEFORE ER
Nombres de medicamentos	HYDROCODONE BITARTRATE ER, HYSINGLA ER, METHADONE HCL, 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	1) El medicamento solicitado se receta por un dolor asociado con cáncer, anemia falciforme, afección terminal o dolor controlado mediante cuidados paliativos O 2) El medicamento solicitado se receta por dolor suficientemente grave para requerir tratamiento a largo plazo, diario, las 24 horas, en un paciente que ha tomado opioides Y 3) El paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada según sus antecedentes de consumo de opioides [Nota: Este medicamento debe ser recetado únicamente por profesionales de la salud que estén familiarizados con el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 4) El paciente ha sido evaluado y será monitoreado por el desarrollo del trastorno por uso de opioides; Y 5) 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	IRESSA
Nombres de medicamentos	IRESSA
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 o avanzado con mutación positiva del receptor de factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (EGFR, por sus siglas en inglés).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para NSCLC: 1) la enfermedad debe ser metastásica, avanzada o recurrente y 2) el paciente debe tener una mutación sensibilizante del EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ISOTRETINOIN
Nombres de medicamentos	ACCUTANE, AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOIN, MYORISAN, ZENATANE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Acné vulgar refractario, rosácea refractaria grave, neuroblastoma, linfoma cutáneo de células T (CTCL, por sus siglas en inglés) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sezary), 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ITRACONAZOLE
Nombres de medicamentos	ITRACONAZOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Coccidioidomicosis, profilaxis de la Coccidioidomicosis en la infección por HIV, Cryptococcosis, profilaxis de la histoplasmosis en la infección por HIV, profilaxis de la infección micótica invasiva en pacientes con trasplante de hígado, Microsporidia, Talaromicosis (anteriormente, Peniciliosis), Pitiriasis versicolor/Tinea versicolor, Esporotricosis, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea capitis, Tinea manuum y Tinea pedis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si es para el tratamiento de la onicomicosis por dermatófitos (tiña de las uñas), el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba diagnóstica fúngica (p. ej., preparación de hidróxido de potasio [KOH], cultivo fúngico o biopsia de uñas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Histoplasmosis diseminada o en el CNS, Histoplasmosis o coccidioidomicosis, ppx: 12 meses. Otros: 6 meses.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	IVERMECTIN TAB
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	IVIG
Nombres de medicamentos	BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LIQUID, 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	Para leucemia linfocítica crónica (CLL) de células B: 1) inmunoglobulina G (IgG) sérica menor de 500 mg/dl O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para trasplante de médula ósea o de células madre hematopoyéticas (BMT/HSCT, por sus siglas en inglés): 1) se solicita la inmunoglobulina intravenosa (IVIG, por sus siglas en inglés) en los primeros 100 días posteriores al trasplante O 2) IgG sérica inferior a 400 mg/dl. Para el virus de la inmunodeficiencia humana (human immunodeficiency virus, HIV) pediátrica: 1) inmunoglobulina G (IgG) sérica menor de 400 mg/dl O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para dermatomiositis y polimiositis: 1) se probó al menos un tratamiento de primera línea estándar (corticoesteroides o inmunosupresores), pero no tuvo éxito o no fue tolerado O 2) el paciente no puede recibir tratamiento estándar por una contraindicación u otro motivo clínico. Para aplasia pura de glóbulos rojos (PRCA, por sus siglas en inglés): PRCA por infección con parvovirus B19.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	JAKAFI
Nombres de medicamentos	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, mielofibrosis en fase acelerada, mielofibrosis en fase blástica/leucemia mieloide aguda, leucemia linfocítica aguda (ALL), leucemia mielomonocítica crónica (CMML, por sus siglas en inglés)-2, leucemia mieloide crónica atípica (aCML, por sus siglas en inglés) sin BCR-ABL, trombocitemia esencial y neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del gen JAK2
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la policitemia vera: pacientes con una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia con interferón o hidroxiuria. Para la leucemia linfocítica aguda: el paciente presenta una mutación del factor 2 similar al receptor de citocinas o (Cytokine Receptor-Like Factor 2, CRLF2) o una mutación asociada con la vía de activación de la cinasa Jano/los transductores de señal y activadores de transcripción (Janus Kinase/Signal Transducers and Activators of Transcription, JAK/STAT). Para la CMML-2: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un agente hipometilante. Para la aCML sin BCR-ABL: 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 hidroxiurea, la terapia con interferón o la anagrelide. Para neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del JAK2: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	KALYDECO
Nombres de medicamentos	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 fibrosis quística (CF): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	4 meses de edad en adelante
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	KANJINTI
Nombres de medicamentos	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 cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Tratamiento neoadyuvante contra el cáncer de mama: 6 meses. Otros: año del plan.
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo 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. El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.

Grupo de Autorización Previa	KESIMPTA
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	KETOCONAZOLE
Nombres de medicamentos	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 simultáneo de medicamentos que están contraindicados con comprimidos de ketoconazol: dofetilida, quinidina, pimozida, cisaprida, metadona, disopiramida, dronedarona, ranolazina, alcaloides de cornezuelo, irinotecan, lurasidona, midazolam oral, alprazolam, triazolam, felodipina, nisoldipino, tolvaptan, eplerenona, lovastatina, simvastatina o colchicina.
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: blastomicosis, Coccidioidomicosis, histoplasmosis, cromomicosis o paracoccidioidomicosis. Para el síndrome de Cushing: el medicamento solicitado se receta para un paciente que no puede tolerar la cirugía o que la cirugía no ha sido curativa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	KEYTRUDA
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	KISQALI
Nombres de medicamentos	KISQALI, KISQALI FEMARA 200 DOSE, KISQALI FEMARA 400 DOSE, KISQALI FEMARA 600 DOSE
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para el tratamiento del cáncer de mama con Kisqali (ribociclib) en combinación con un inhibidor de la aromatasa o Kisqali Femara Co-Pack (ribociclib y letrozole) como tratamiento endocrino inicial, se debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) la paciente es premenopáusica o perimenopáusica O 2) la paciente es posmenopáusica O el paciente es de género masculino Y experimentó un evento adverso intolerable a Ibrance (palbociclib) Y Verzenio (abemaciclib) o tiene una contraindicación para Ibrance (palbociclib) Y Verzenio (abemaciclib). Para el tratamiento del cáncer de mama con Kisqali (ribociclib) en combinación con fulvestrant, se debe cumplir uno de los siguientes criterios: 1) el medicamento solicitado se utiliza con fulvestrant como tratamiento endocrino inicial en una paciente posmenopáusica o en un paciente de género masculino; O 2) el medicamento solicitado se utiliza después del avance de la enfermedad durante el tratamiento endocrino en una paciente posmenopáusica o en un paciente de género masculino y el paciente experimentó un evento adverso intolerable a Ibrance (palbociclib) Y Verzenio (abemaciclib) O tiene una contraindicación para Ibrance (palbociclib) Y Verzenio (abemaciclib).

Grupo de Autorización Previa	KORLYM
Nombres de medicamentos	KORLYM
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 del recetador	Endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	KYNMOBI
Nombres de medicamentos	KYNMOBI
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 continuación de episodios recidivantes en la enfermedad de Parkinson: El paciente experimenta mejorías con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LAPATINIB
Nombres de medicamentos	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), cordoma con receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) recurrente, cáncer colorrectal de tipo natural con amplificación del HER2, con mutaciones de los genes RAS y BRAF, en combinación con trastuzumab.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de mama con HER2 positivo, el medicamento solicitado se usará en combinación con cualquiera de los siguientes: 1) inhibidor de la aromatasa, 2) capecitabine, O 3) trastuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LENVIMA
Nombres de medicamentos	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 del timo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de tiroides diferenciado (folículo, papilar o de células de Hurthle): la enfermedad no es susceptible al tratamiento con yodo radioactivo y es inoperable, localmente recurrente, persistente o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: la enfermedad es irresecable o inoperable, local, metastásica o con una extensa carga tumoral del hígado. Para el carcinoma de células renales: la enfermedad es avanzada, recidivante o en estadio IV. En el caso de carcinoma endometrial, la paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) La enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, 2) La paciente presentó un avance de la enfermedad después de un tratamiento sistémico anterior Y 3) La paciente no es candidata para una cirugía curativa o radiación.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LEUPROLIDE
Nombres de medicamentos	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 la hormona del crecimiento en niños con insuficiencia de crecimiento y pubertad en progreso, tumores de la glándula salival recurrentes con receptor andrógeno.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LIDOCAINE PATCHES
Nombres de medicamentos	LIDOCAINE
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 [por ejemplo, neuropatía asociada con radioterapia o quimioterapia]).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LONSURF
Nombres de medicamentos	LONSURF
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 colorrectal: la enfermedad está avanzada o es metastásica. Para el adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica, se deben cumplir todos los criterios: 1) la enfermedad es inoperable, 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LORBRENA
Nombres de medicamentos	LORBRENA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar no microcítico (Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC) avanzado o recurrente positivo para cinasa de linfoma anaplásico (Anaplastic Lymphoma Kinase, ALK). Supresor de silenciamiento (ROS, por sus siglas en inglés) -1 NSCLC recurrente, avanzado o metastásico de reorganización positiva después de la progresión en el crizotinib, entrectinib o ceritinib.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LUMAKRAS
Nombres de medicamentos	LUMAKRAS
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LUMIZYME
Nombres de medicamentos	LUMIZYME
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 enfermedad de Pompe confirmada por ensayo de enzima que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima ácido alfa glucosidasa (GAA, por sus siglas en inglés) o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LUPRON PED
Nombres de medicamentos	LUPRON DEPOT-PED (1 MES), LUPRON DEPOT-PED (3 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, por sus siglas en inglés), los pacientes que no estén recibiendo actualmente una terapia 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, por sus siglas en inglés) O nivel puberal de un ensayo de la hormona luteinizante (LH, por sus siglas en inglés) de tercera generación, 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	CPP: el paciente debe tener menos de 12 años si es de sexo femenino y menos de 13 años si es de sexo masculino.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LUPRON-ENDOMETRIOSIS
Nombres de medicamentos	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, tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, cáncer epitelial de ovarios/cáncer de las trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de los fibromas uterinos, la paciente debe cumplir una de las siguientes condiciones: 1) Diagnóstico de anemia (p. ej., hematocrito menor o igual al 30% o hemoglobina menor o igual que 10 g/dl), O 2) el medicamento solicitado se usará antes de la cirugía de mioma uterino.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Fibromas: 3 meses, máximo 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo 12 meses en total. Otros: año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LYNPARZA
Nombres de medicamentos	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 HER2 positivo con mutación de la línea germinal BRCA 1/2
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de mama recurrente o metastásico: la enfermedad tiene mutación de la línea germinal BRCA 1/2. Para cáncer de próstata: el paciente progresó con un tratamiento previo con una terapia dirigida al receptor de andrógenos. Para el cáncer epitelial de ovario, de las trompas de Falopio o peritoneal primario: 1) El medicamento solicitado se utiliza para la terapia de mantenimiento para el estadio II a IV o la enfermedad recurrente en pacientes que presentan una respuesta completa o parcial a la quimioterapia, O 2) El paciente tiene una enfermedad con una mutación del gen BRCA en la estirpe germinal perjudicial o sospechosa avanzada, recurrente o persistente después de dos o más regímenes de quimioterapia previos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	LYRICA CR
Nombres de medicamentos	PREGABALIN ER
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 experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con gabapentina, el paciente experimentó una intolerancia a la gabapentina o el paciente tiene una contraindicación a la gabapentina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	MAVYRET
Nombres de medicamentos	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 (Child Turcotte Pugh [CTP] clase B o C).
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (hepatitis C virus, HCV): infección confirmada por presencia de ARN del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [puntuación CTP de clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con la resistencia, cuando corresponda, y estado del trasplante de hígado y riñones, si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (AASLD).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Se aplican los criterios de acuerdo con las pautas actuales de la AASLD y la IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	MEGESTROL
Nombres de medicamentos	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 experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la suspensión oral de megestrol de 40 mg/ml.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	MEKINIST
Nombres de medicamentos	MEKINIST
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Metástasis cerebral por melanoma, melanoma uveal, cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma), cáncer de ovario seroso de grado bajo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la metástasis cerebral del melanoma, el tratamiento adyuvante del melanoma y el cáncer del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma): 1) el tumor es positivo para una mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K) y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para melanoma inoperable o metastásico: 1) el tumor tiene una 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. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas, el cáncer anaplásico de tiroides y tumores sólidos: 1) el tumor es positivo para una mutación BRAF V600E y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para melanoma uveal: el medicamento solicitado se usará como agente único. Para cáncer de ovario seroso de grado bajo: El medicamento solicitado se utilizará para tratar la enfermedad persistente o recurrente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	MEKTOVI
Nombres de medicamentos	MEKTOVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento adyuvante sistémico para melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para melanoma cutáneo, el paciente debe cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El tumor es positivo en la mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); 2) El medicamento solicitado se administrará en combinación con encorafenib; y 3) El medicamento solicitado se administrará para cualquiera de las siguientes opciones: a) enfermedad metastásica o inoperable, o b) tratamiento adyuvante sistémico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	MEMANTINE
Nombres de medicamentos	MEMANTINE HCL TITRATION P, 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta edición solo se aplica a pacientes menores de 30 años.

Grupo de Autorización Previa	METILFENIDATO
Nombres de medicamentos	METADATE ER, 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 un Trastorno de Déficit de Atención (ADD); O 2) El paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño; 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	MIGLUSTAT
Nombres de medicamentos	MIGLUSTAT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para enfermedad de Gaucher: diagnóstico confirmado por ensayo de enzima que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima beta glucocerebrosidasa ácida o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	MONJUVI
Nombres de medicamentos	MONJUVI
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	MVASI
Nombres de medicamentos	MVASI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama, tipos de tumores del sistema nervioso central (CNS): astrocitoma/oligodendroglioma supratentorial infiltrante de bajo grado en adultos (Grado II de la WHO), ependimoma espinal e intracraneal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma en adultos, linfoma primario del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebral limitada y extensiva, tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer de ovarios/cáncer de las trompas de Falopio, tipos de cáncer peritoneal primario: carcinosarcoma (tumores de Müller mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometrioide de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado, tumores epiteliales limítrofes de ovario (bajo potencial maligno) con implantes invasivos, y tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, tipos de sarcomas de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, carcinoma de células escamosas de la vulva, y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluidos la coroidopatía polipoidea y los subtipos de proliferación angiomatosa retiniana, edema macular posterior a la oclusión de la vena de la retina, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro, carcinoma hepatocelular y adenocarcinoma del intestino delgado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	NAGLAZYME
Nombres de medicamentos	NAGLAZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para enfermedad de mucopolisacaridosis VI: El diagnóstico fue confirmado por un ensayo de enzima que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	NATPARA
Nombres de medicamentos	NATPARA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Hipoparatiroidismo posoperatorio agudo (dentro de los 6 meses de la cirugía) y expectativa de recuperación del hipoparatiroidismo.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	NERLYNX
Nombres de medicamentos	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 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente, metástasis cerebral del cáncer de mama con HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	NEXAVAR
Nombres de medicamentos	NEXAVAR, 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 tejido blando (angiocoma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva y subtipos de tumores fibrosos solitarios), tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma recurrente, cáncer epitelial de ovario, cáncer de las trompas de Falopio, cáncer primario peritoneal.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma de tiroides: la histología es folicular, papilar, de células de Hurthle o medular. Para leucemia mieloide aguda, se debe cumplir con cualquiera de los siguientes criterios: 1) el medicamento solicitado se administra en combinación con azacitidine o decitabine para la inducción de tratamiento de baja intensidad o el tratamiento posterior a la inducción Y el paciente tiene 60 años de edad o más con una mutación del gen FLT3-ITD; O 2) la enfermedad es recidivante o refractaria al tratamiento Y el medicamento solicitado es un componente de repetición de la inducción correcta inicial si se produce una recaída tardía (mayor o igual que 12 meses); O 3) la enfermedad es recidivante o refractaria al tratamiento Y el medicamento solicitado se administra en combinación con azacitidine o decitabine si el paciente obtiene un resultado positivo en la mutación del gen FLT3-ITD. Para carcinoma de células renales, el paciente debe cumplir con TODOS los siguientes requisitos: 1) La enfermedad es avanzada Y 2) El paciente experimentó la progresión de la enfermedad o un evento adverso intolerable con un ensayo de cabozantinib o axitinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	NINLARO
Nombres de medicamentos	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, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para mieloma múltiple, el medicamento solicitado se usará en combinación con lenalidomida y dexametasona O pomalidomida y dexametasona O dexametasona O ciclofosfamida y dexametasona O como agente único.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	NITISINONA
Nombres de medicamentos	NITISINONA
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: El diagnóstico de tirosinemia hereditaria tipo 1 se confirma por uno de los siguientes métodos: 1) análisis bioquímico (p. ej., detección de succinylacetone en orina) o 2) prueba de ADN (análisis de mutación).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	NORTHERA
Nombres de medicamentos	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 (neurogenic orthostatic hypotension, nOH): antes del tratamiento inicial, el paciente tiene disminución constante y persistente de la presión arterial sistólica de, al menos, 20 mmHg O disminución de la presión arterial diastólica de, al menos, 10 mmHg dentro de los 3 minutos de estar de pie tras la prueba de inclinación con la cabeza hacia arriba. Para la continuación de la terapia para el nOH, el paciente presentó beneficios de la terapia (p. ej., una disminución sostenida de mareos, aturdimiento o sensación de desmayo). Para el tratamiento inicial y su continuación para la nOH, el medicamento solicitado se administrará a pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada con 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	NOXAFIL SUSP
Nombres de medicamentos	NOXAFIL
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 experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o presenta una contraindicación al fluconazol.
Restricciones de edad	13 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Candidiasis orofaríngea: 1 mes. Todas las demás indicaciones: 6 meses.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	NUBEQA
Nombres de medicamentos	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 utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	NUEDEXTA
Nombres de medicamentos	NUEDEXTA
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	NUPLAZID
Nombres de medicamentos	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 a graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	NURTEC
Nombres de medicamentos	NURTEC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Tratamiento contra la migraña aguda: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente presenta una contraindicación a, por lo menos, un triptano agonista de los receptores 5-HT1. Tratamiento preventivo de la migraña episódica: 1) El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento preventivo con el medicamento solicitado y se redujeron sus días con migraña por mes en relación con el valor base; O 2) El paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con un ensayo de 4 semanas con cualquiera de los siguientes medicamentos: medicamentos antiepilépticos (AED, por sus siglas en inglés), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos o antidepresivos; O b) El paciente experimentó intolerancia o presenta una contraindicación que prohíbe un ensayo de 4 semanas con cualquiera de los siguientes medicamentos: Medicamentos antiepilépticos (Antiepileptic Drugs, AED), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos, antidepresivos
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Tratamiento preventivo de la migraña inicial: 3 meses. Todas las demás indicaciones: año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	OCTREOTIDE
Nombres de medicamentos	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 alto de factor de crecimiento insulínico 1 (IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el género, 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 por la cual el paciente no se sometió a una cirugía o radioterapia. Para acromegalia (continuación de la terapia): el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia. Para el control de timomas y carcinomas tímicos, el medicamento solicitado se utilizará como terapia sistémica de segunda línea en pacientes con una enfermedad metastásica no operable o extratorácica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ODOMZO
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	OFEV
Nombres de medicamentos	OFEV
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	OGIVRI
Nombres de medicamentos	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 cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Tratamiento neoadyuvante contra el cáncer de mama: 6 meses. Otros: año del plan.
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo 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. El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.

Grupo de Autorización Previa	OMNIPOD
Nombres de medicamentos	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (G, OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5), OMNIPOD CLASSIC PDM START, OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN, 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	1) El paciente padece diabetes que requiere administración de insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) El paciente controla sus propios niveles de glucosa 4 o más veces al día O el paciente utiliza un monitor continuo de glucosa; Y 3) El paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes factores con el régimen actual de diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, fluctuaciones considerables en los niveles de glucosa en la sangre, fenómeno de episodios constantes e intensos de hiperglucemia activa durante la madrugada y variaciones graves de la glucemia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para continuar el tratamiento con una bomba de insulina, el paciente tiene un control glucémico estable o mejorado.

Grupo de Autorización Previa	ONTRUZANT
Nombres de medicamentos	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 cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Tratamiento neoadyuvante contra el cáncer de mama: 6 meses. Otros: año del plan.
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo 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. El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.

Grupo de Autorización Previa	ONUREG
Nombres de medicamentos	ONUREG
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	OPSUMIT
Nombres de medicamentos	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 (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [World Health Organization, WHO]), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos pacientes): 1) Presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg; 2) Presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual a 15 mmHg; y 3) Resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ORAL-INTRANASAL FENTANYL
Nombres de medicamentos	FENTANYL CITRATE ORAL TRA
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 está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo relacionado con CÁNCER únicamente. El medicamento solicitado se receta para el control del dolor intercurrente en un paciente que padece CÁNCER con dolor subyacente causado por el CÁNCER, Y 2) El código de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, por sus siglas en inglés) proporcionado respalda el diagnóstico RELACIONADO CON EL CÁNCER. [Nota: Para la aprobación de la cobertura de medicamentos, el código de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases, ICD) DEBE fundamentar el diagnóstico RELACIONADO CON EL CÁNCER]; Y 3) el paciente actualmente recibe, y continuará recibiendo, un tratamiento con opioides las 24 horas del día para el dolor subyacente causado por el CÁNCER; Y 4) el medicamento solicitado solo se debe utilizar en pacientes que tengan tolerancia a los opioides. El paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada según sus antecedentes actuales de consumo de opioides. [Nota: Se considera que el paciente presenta tolerancia a los opioides cuando se encuentra en tratamiento las 24 horas del día con los siguientes medicamentos: al menos 60 mg de morfina por vía oral por día, al menos 25 mcg por hora de fentanilo transdérmico, al menos 30 mg de oxicodona por vía oral por día, al menos 60 mg de hidrocodona por vía oral por día, al menos 8 mg de hidromorfona por vía oral por día, al menos 25 mg de oxymorphone por vía oral por día o una dosis equianalgésica de otro opioide diario durante una semana o más].
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ORGOVYX
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ORKAMBI
Nombres de medicamentos	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 fibrosis quística (CF): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	1 año de edad en adelante
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	OTEZLA
Nombres de medicamentos	OTEZLA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para psoriasis en placas (solo pacientes nuevos), el paciente debe cumplir con cualquiera de los siguientes requisitos: 1) Respuesta inadecuada o intolerancia a CUALQUIERA de los siguientes tratamientos: a) tratamiento tópico (p. ej., un corticoesteroide tópico, inhibidor de la calcineurina, análogo de la vitamina D), b) fototerapia (p. ej., UVB, PUVA), o c) tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; O 2) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	OXANDROLONE
Nombres de medicamentos	OXANDROLONE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Caquexia asociada con AIDS (desgaste asociado al HIV) o para mejorar el crecimiento en pacientes con Síndrome de Turner
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Síndrome de Turner: año del plan. Todos los demás diagnósticos: 6 meses.
Otros criterios	Se denegará la cobertura si la solicitud se realiza para una indicación excluida de Medicare Parte D.

Grupo de Autorización Previa	PANRETIN
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	PAXIL SUSP
Nombres de medicamentos	PAROXETINE HYDROCHLORIDE, PAXIL
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	PEGASYS
Nombres de medicamentos	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 y mielofibrosis sintomática de bajo riesgo), mastocitosis sistémica, leucemia/linfoma de linfocitos T en adultos, micosis fungoide/síndrome de Sézary y trastornos cutáneos primarios linfoproliferativos de linfocitos T CD30+.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hepatitis C crónica: virus de la hepatitis C (HCV, por sus siglas en inglés) confirmado por la presencia de ARN del virus de la hepatitis C HCV en suero antes de iniciar el tratamiento y el régimen de tratamiento planificado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	HCV: entre 12 y 48 semanas según el régimen. HBV: 48 semanas. Todas las demás indicaciones: año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	PEMAZYRE
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	PHENYLBUTYRATE
Nombres de medicamentos	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 trastorno del ciclo de la urea: diagnóstico de trastorno del ciclo de la urea (UCD, por sus siglas en inglés) confirmado por prueba enzimática, bioquímica o genética.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	PHESGO
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Tratamiento neoadyuvante contra el cáncer de mama: 6 meses. Otros: año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	PIQRAY
Nombres de medicamentos	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 (HR) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, PIK3CA-mutado en combinación con fulvestrant.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	POMALYST
Nombres de medicamentos	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 cadenas ligeras, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS) y síndrome de POEMS.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para mieloma múltiple: el paciente recibió previamente al menos dos tratamientos contra el mieloma múltiple, incluido un agente inmunomodulador Y un inhibidor de proteosoma. Para sarcoma de Kaposi, el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: 1) el paciente tiene el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) o 2) el paciente presenta resultados negativos en el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	POSACONAZOLE
Nombres de medicamentos	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.
Restricciones de edad	Tratamiento de la aspergilosis invasiva: 13 años de edad o más. Profilaxis de las infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: 2 años de edad o más.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	PRALUENT
Nombres de medicamentos	PRALUENT
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	PREGABALIN
Nombres de medicamentos	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 el cáncer o con el tratamiento para el cáncer.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se receta para control de la neuralgia posherpética, el dolor neuropático asociado con neuropatía periférica diabética, el dolor neuropático relacionado con el cáncer o su tratamiento, Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a la gabapentina, O 3) El medicamento solicitado se receta como tratamiento complementario para convulsiones de inicio parcial O 4) El medicamento solicitado se receta para el control de la fibromialgia o el control del dolor neuropático asociado a una lesión de la médula espinal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	PREVYMIS
Nombres de medicamentos	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 profilaxis de la infección y la enfermedad por citomegalovirus (CMV, por sus siglas en inglés): 1) El paciente es seropositivo en CMV; 2) el paciente se sometió a un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (HSCT); Y 3) El medicamento solicitado no se administrará después de los 100 días posteriores al trasplante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-
Grupo de Autorización Previa	PROCRIT
Nombres de medicamentos	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, por sus siglas en inglés), anemia en insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés), anemia en artritis reumatoidea (RA, por sus siglas en inglés), anemia por tratamiento para hepatitis C (ribavirina en combinación con interferón alfa o peginterferón alfa)
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia para fines curativos. Pacientes con cáncer mieloide.
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 (Myelodysplastic Syndrome, MDS): el paciente tiene depósitos de hierro adecuados Y 2) para todos los usos, excepto cirugía: la Hgb previa al tratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) es menor que 10 g/dl (menor de 9 g/dl para la anemia solo en insuficiencia cardíaca congestiva); 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 recibió, al menos, 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina; Y 2) el paciente respondió al tratamiento con eritropoyetina; Y 3) la Hgb actual es menor de 12 g/dl; Y 4) para todos los usos, excepto anemia debido a quimioterapia o MDS: el paciente tiene depósitos de hierro adecuados.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	16 semanas
Otros criterios	La cobertura incluye el uso en la anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. La cobertura bajo la Parte D será denegada si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B cuando se recete, 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).

Grupo de Autorización Previa	PROMACTA
Nombres de medicamentos	PROMACTA
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 inmunitaria (ITP, por sus siglas en inglés) persistente o crónica: 1) Para pacientes nuevos: a) El paciente presentó una respuesta inadecuada o es intolerante a un tratamiento previo como corticoesteroides o inmunoglobulinas; b) El recuento de plaquetas (platelet, plt) sin realizar la transfusión en cualquier momento antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado es menor de 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 e hipertensión, tratamiento anticoagulante, trabajo o estilo de vida que predispone al paciente a traumatismo); Y c) solo para pacientes con ITP crónica: el paciente presentó una respuesta inadecuada o es intolerante al avatrombopag. 2) Para la continuación del tratamiento, la respuesta de recuento de plaquetas al medicamento solicitado: a) el recuento de plaquetas actual igual o inferior a 200,000/mcl, O b) 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: 1) Para pacientes nuevos: el medicamento solicitado se administra para iniciar o mantener el tratamiento con interferon. 2) Para continuación de la terapia: el paciente recibe terapia con interferon. Para anemia aplásica (AA, por sus siglas en inglés) grave: Para la continuación del tratamiento después de la aprobación inicial de 6 meses para anemia aplásica grave, el paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) El recuento de plaquetas actual es de entre 50,000/mcl y 200,000/mcl; O 2) El recuento de plaquetas actual es menor de 50,000/mcl y el paciente no recibió un tratamiento ajustado de manera apropiada durante, al menos, 16 semanas; O 3) El recuento de plaquetas actual es menor de 50,000/mcl y el paciente no depende de transfusiones; O 4) El recuento de plaquetas actual es mayor de 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará para alcanzar y mantener un recuento de plaquetas objetivo apropiado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	HCV: 6 meses. ITP/AA inicial: 6 meses. Reautorización para ITP: año del plan. Reautorización para AA: APR-año del plan. IPR: 16 semanas
Otros criterios	APR: respuesta plaquetaria adecuada (superior a 50,000/mcl). IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (inferior a 50,000/mcl).

Grupo de Autorización Previa	PULMOZYME
Nombres de medicamentos	PULMOZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para fibrosis quística: Diagnóstico de fibrosis quística confirmado por pruebas genéticas o diagnósticas apropiadas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	QINLOCK
Nombres de medicamentos	QINLOCK
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	QUETIAPINE XR
Nombres de medicamentos	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 la esquizofrenia, tratamiento agudo de episodios maníacos o combinados asociados con el trastorno bipolar I, como monoterapia y como complemento de litio o divalproex, el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar, tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I, como complemento de litio o divalproex, tratamiento complementario del trastorno depresivo mayor o monoterapia de mantenimiento del trastorno bipolar I: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: A) aripiprazol, B) asenapina, C) olanzapina, D) quetiapina de liberación inmediata, E) risperidona y F) ziprasidona. Para todas las indicaciones: si el paciente tiene 65 años o más Y utiliza dos o más medicamentos activos del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) adicionales (p. ej., lorazepam, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam y zolpidem) con el medicamento solicitado, el recetador determinó que tomar varios medicamentos activos del CNS es médicamente necesario. [Nota: El uso de diversos medicamentos activos para el CNS en adultos mayores está asociado con un mayor riesgo de sufrir caídas].
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	QUININE SULFATE
Nombres de medicamentos	QUININE SULFATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Babesiosis y malaria Plasmodium vivax sin complicaciones.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	REGRANEX
Nombres de medicamentos	REGRANEX
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 úlceras neuropáticas diabéticas de extremidades inferiores que se extienden al tejido subcutáneo o más allá, y con flujo sanguíneo adecuado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	20 semanas
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	RELISTOR INJ
Nombres de medicamentos	RELISTOR
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 receta para el estreñimiento causado por el consumo de opioides en un paciente adulto con enfermedad avanzada o dolor causado por el cáncer activo, lo cual requiere un aumento de la dosis de opioides para cuidados paliativos, O 2) El medicamento solicitado se receta para el estreñimiento causado por el consumo de opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer, incluido el dolor crónico relacionado con un cáncer anterior o su tratamiento, que no requiere un aumento frecuente (p. ej., semanal) de la dosis de opioides, Y 3) El paciente no puede tolerar medicamentos por vía oral, O 4) Se probó un medicamento por vía oral indicado para el estreñimiento causado por el consumo de opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer (p. ej., Movantik), Y 5) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento por vía oral indicado para tratar el estreñimiento causado por el consumo de opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer (p. ej., Movantik) O 6) El paciente presenta una contraindicación que prohibiría probar un medicamento por vía oral indicado para tratar el estreñimiento causado por el consumo de opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer (p. ej., Movantik).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	4 meses
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	REMICADE
Nombres de medicamentos	INFLIXIMAB, REMICADE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Síndrome de Behcet, granulomatosis con poliangeitis (granulomatosis de Wegener) hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenoso, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para enfermedad de Crohn de moderada a gravemente activa (solo pacientes nuevos): 1) el paciente padece una enfermedad fistulizante; O 2) el paciente presenta una respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 3) el paciente presenta intolerancia o contraindicación (CI, contraindication) al tratamiento convencional. Para colitis ulcerativa de moderada a gravemente activa (solo pacientes nuevos): 1) el paciente presenta una respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) el paciente presenta intolerancia o CI al tratamiento convencional. Para artritis reumatoide de moderada a gravemente activa (solo pacientes nuevos): 1) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se administrará en combinación con methotrexate (MTX) o leflunomide, O b) el paciente presenta intolerancia o contraindicación al MTX Y a leflunomide; Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o CI al MTX, O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico anterior o un FARME sintético específico. Para espondilitis anquilosante activa (solo pacientes nuevos): respuesta inadecuada a un ensayo con medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O intolerancia o CI a los AINE. Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo pacientes nuevos): 1) Al menos un 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle y áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX (metotrexato), ciclosporina o acitretina, O b) el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina está contraindicado, O c) el paciente padece psoriasis grave que justifica la administración de un FARME biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos un 10% del BSA o de las áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales o ingle y áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): el paciente tiene enfermedad refractaria grave. Para uveítis (solo pacientes nuevos): el paciente presentó una respuesta inadecuada o intolerancia, o tiene una CI para someterse a un ensayo de un tratamiento con inmunosupresores a fin de tratar la uveítis. Para indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de lo indicado que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Renflexis y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.

Grupo de Autorización Previa	RENFLEXIS
Nombres de medicamentos	RENFLEXIS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Síndrome de Behcet, granulomatosis con poliangeitis (granulomatosis de Wegener) hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenoso, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para enfermedad de Crohn de moderada a gravemente activa (solo pacientes nuevos): 1) el paciente padece una enfermedad fistulizante; O 2) el paciente presenta una respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 3) el paciente presenta intolerancia o contraindicación (CI, contraindication) al tratamiento convencional. Para colitis ulcerativa de moderada a gravemente activa (solo pacientes nuevos): 1) el paciente presenta una respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) el paciente presenta intolerancia o CI al tratamiento convencional. Para artritis reumatoide de moderada a gravemente activa (solo pacientes nuevos): 1) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se administrará en combinación con methotrexate (MTX) o leflunomide, O b) el paciente presenta intolerancia o contraindicación al MTX Y a leflunomide; Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o CI al MTX, O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico anterior o un FARME sintético específico. Para espondilitis anquilosante activa (solo pacientes nuevos): respuesta inadecuada a un ensayo con medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O intolerancia o CI a los AINE. Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo pacientes nuevos): 1) Al menos un 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle y áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX (metotrexato), ciclosporina o acitretina, O b) el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina está contraindicado, O c) el paciente padece psoriasis grave que justifica la administración de un FARME biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos un 10% del BSA o de las áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales o ingle y áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): el paciente tiene enfermedad refractaria grave. Para uveítis (solo pacientes nuevos): El paciente presentó una respuesta inadecuada o intolerancia, o tiene una CI para someterse a un ensayo de un tratamiento con inmunosupresores a fin de tratar la uveítis.

Grupo de Autorización Previa	RETEVMO
Nombres de medicamentos	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 positivo con reacomodamiento durante la transfección (RET) recurrente o avanzado
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de pulmón de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todos los siguientes requisitos: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; y 2) El tumor es positivo en la fusión del gen RET o positivo en el reacomodamiento del gen RET.
Restricciones de edad	Cáncer de pulmón de células no pequeñas: 18 años de edad o más. Cáncer de tiroides medular y cáncer de tiroides: 12 años de edad o más.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	REVLIMID
Nombres de medicamentos	LENALIDOMIDE, REVLIMID
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 eliminación del cromosoma 5q, anemia asociada a mielofibrosis, síndrome de POEMS, neoplasias mieloproliferativas, linfoma no hodgkiniano con los siguientes subtipos: linfoma no germinal difuso de linfocitos B grandes relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS, por sus siglas en inglés), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), trastorno linfoproliferativo postrasplante monomórfico, leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma difuso de células B grandes, linfoma de linfocitos B cutáneo primario, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfoma/leucemia de linfocitos T en adultos, micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma de linfocitos T angioinmunoblástico (AITL), linfoma de linfocitos T periférico no especificado de otro modo (PTCL NOS), linfoma de linfocitos T asociado a enteropatía, linfoma de linfocitos T intestinal epiteliotrópico monomórfico, linfoma de linfocitos T periférico nodal, linfoma de linfocitos T folicular, linfoma de células grandes anaplásico cutáneo primario (ALCL), linfoma hepatoesplénico de linfocitos T, linfomas de linfocitos B de alto grado, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica del linfoma folicular a linfoma difuso de linfocitos B grandes, sarcoma de Kaposi relacionado con el AIDS y mieloma asintomático.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para síndrome mielodisplásico (MDS, por sus siglas en inglés): menor riesgo de padecer MDS con anemia sintomática según el Sistema de Puntuación de Pronóstico Internacional Revisado (IPSS-R, por sus siglas en inglés), el Sistema de Puntuación de Pronóstico Internacional (IPSS, por sus siglas en ingles) o el Sistema de Puntuación de Pronóstico basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) (WPSS, por sus siglas en inglés).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	REZUROCK
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	RIABNI
Nombres de medicamentos	RIABNI
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 de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de zona marginal (ganglionar, esplénica, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de linfocitos B cutáneo primario, linfoma de linfocitos B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de linfocitos B de alto grado no especificado de otra manera, transformación histológica del linfoma folicular a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, enfermedad de Castleman, linfoma de linfocitos B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de linfocitos B], púrpura trombocitopénica idiopática o inmunitaria (ITP) refractaria, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (con predominio linfocítico nodular), linfoma del CNS primario, metástasis leptomeníngea de los linfomas, leucemia linfocítica aguda, prevención del virus de Epstein-Barr (EBV) relacionado con PTLD, esclerosis múltiple, reacciones adversas relacionadas con un inhibidor de puntos de control inmunitario, artritis reumatoide de actividad de moderada a intensa, pénfigo vulgar, linfoma pediátrico tipo Burkitt (BLL) y leucemia aguda pediátrica de células B maduras (B-AL).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoide de moderada a gravemente activa (solo pacientes nuevos): 1) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: A) el medicamento solicitado se administrará en combinación con methotrexate (MTX), O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación a MTX; Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX, O b) respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico anterior o un FARME sintético específico. Las malignidades hematológicas deben ser CD20 - positivo. Para esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante o remitente y 2) el paciente tuvo respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad contra la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con el inhibidor del punto de control inmunitario: 3 meses. Todas las demás indicaciones: año del plan.
Otros criterios	El paciente experimentó un evento adverso intolerable a Truxima Y Ruxience, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción.

Grupo de Autorización Previa	RINVOQ
Nombres de medicamentos	RINVOQ
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 reumatoide de actividad moderada a severa (solo para nuevos pacientes): el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	RITUXAN
Nombres de medicamentos	RITUXAN
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 hodgkiniano [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de zona marginal (ganglionar, esplénico, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de linfocitos B cutáneo primario, linfoma de linfocitos B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de linfocitos B de alto grado no especificado de otra manera, transformación histológica del linfoma folicular a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, enfermedad de Castleman, linfoma de linfocitos B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de linfocitos B], púrpura trombocitopénica idiopática o inmunitaria (ITP) refractaria, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombótica trombocitopénica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (con predominio linfocitario nodular), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfocítica aguda, prevención del virus de Epstein-Barr (EBV) relacionado con PTLD, esclerosis múltiple y efectos adversos relacionados con un inhibidor de puntos de control inmunitario.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoide de moderada a gravemente activa (solo pacientes nuevos): 1) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: A) el medicamento solicitado se administrará en combinación con methotrexate (MTX), O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación a MTX; Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX, O b) respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico anterior o un FARME sintético específico. Las malignidades hematológicas deben ser CD20 - positivo. Para esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante o remitente y 2) el paciente tuvo respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad contra la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con el inhibidor del punto de control inmunitario: 3 meses. Todas las demás indicaciones: año del plan.
Otros criterios	El paciente experimentó un evento adverso intolerable a Truxima Y Ruxience, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción.

Grupo de Autorización Previa	RITUXAN HYCELA
Nombres de medicamentos	RITUXAN HYCELA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Enfermedad de Castleman (CD), linfoma de linfocitos B de alto grado, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal nodal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, linfomas de zona marginal (linfoma de zona marginal ganglionar, MALT gástrico y no gástrico, y linfoma esplénico de zona marginal), linfoma de células del manto, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma cutáneo primario de linfocitos B (p. ej., linfoma cutáneo de zona marginal o linfomas cutáneos del centro folicular), leucemia de células pilosas y linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Malignidades deben ser CD20 positivo. El paciente debe recibir al menos una dosis completa de producto rituximab por infusión intravenosa sin experimentar reacciones adversas graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ROZLYTREK
Nombres de medicamentos	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) positivo para ROS1 recurrente o avanzado, tumores sólidos de la fusión positiva de gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK) avanzados, recurrentes o reincidentes, y tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión positiva del gen NTRK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de todos los tumores sólidos de la fusión positiva de gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK), la enfermedad no presenta una mutación de resistencia adquirida conocida.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	RUBRACA
Nombres de medicamentos	RUBRACA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
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 (breast cancer susceptibility gene, BRCA) perjudicial (de línea germinal o somática): 1) el paciente recibió un tratamiento dirigido por receptores androgénicos; 2) el paciente se sometió a quimioterapia con taxanos o el paciente no es apto para recibir quimioterapia; 3) el medicamento solicitado se administrará en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin-releasing hormone, GnRH) análoga o después de una orquiectomía bilateral; Y 4) el paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib). Para el tratamiento de mantenimiento de pacientes que padecen cáncer epitelial de ovario, de trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario recurrente que han presentado una respuesta completa o parcial a la quimioterapia con platino, el paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib). Para el tratamiento de pacientes con una mutación perjudicial del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) (de línea germinal o somática) relacionada con la mutación, el cáncer epitelial de ovario, de trompas de Falopio o el cáncer peritoneal primario que se trataron con dos o más quimioterapias: si se recetó para el cáncer de ovario avanzado con mutación perjudicial de la estirpe germinal de BRCA, el cual se trató con dos o más quimioterapias previas, el paciente experimentó una reacción adversa con un ensayo de Lynparza (olaparib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	RUXIENCE
Nombres de medicamentos	RUXIENCE
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 hodgkiniano [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de zona marginal (ganglionar, esplénico, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de linfocitos B cutáneo primario, linfoma de linfocitos B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de linfocitos B de alto grado no especificado de otra manera, transformación histológica del linfoma folicular a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de linfocitos B], púrpura trombocitopénica idiopática o inmunitaria (ITP) refractaria, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombótica trombocitopénica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (con predominio linfocitario nodular), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfocítica aguda, prevención del virus de Epstein-Barr (EBV) relacionado con PTLD, esclerosis múltiple, reacciones adversas relacionadas con un inhibidor de puntos de control inmunitario, pénfigo vulgar, linfoma pediátrico tipo Burkitt (BLL) y leucemia aguda pediátrica de células B maduras (B-AL).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoide de moderada a gravemente activa (solo pacientes nuevos): 1) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: A) el medicamento solicitado se administrará en combinación con methotrexate (MTX), O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación a MTX; Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX, O b) respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico anterior o un FARME sintético específico. Las malignidades hematológicas deben ser CD20 - positivo. Para esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante o remitente y 2) el paciente tuvo respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad contra la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con el inhibidor del punto de control inmunitario: 3 meses. Todas las demás indicaciones: año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	RYDAPT
Nombres de medicamentos	RYDAPT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia mieloide aguda (AML) recidivante o refractaria, neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del FGFR1 o FLT3, tratamiento de mantenimiento posterior a la remisión en el caso de leucemia mieloide aguda (AML), reinducción de enfermedad residual para leucemia mieloide aguda (AML)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para leucemia mieloide aguda (acute myeloid leukemia, AML), debe tener una mutación FLT3 positiva. Para neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del FGFR1 o FLT3: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SAPROPTERIN
Nombres de medicamentos	JAVYGTOR, SAPROPTERIN DIHYDROCHLORI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para fenilcetonuria: para pacientes que no recibieron aún un ensayo terapéutico del medicamento solicitado, el nivel de fenilalanina previo al tratamiento del paciente, incluso antes del control dietario, es mayor de 6 mg/dl (360 micromoles/l). Para los pacientes que completaron un ensayo terapéutico del medicamento solicitado, el paciente debe haber experimentado una mejora (por ejemplo, reducción en los niveles de fenilalanina en sangre, mejora en los síntomas neuropsiquiátricos).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Inicial: 2 meses. Todas las demás indicaciones: año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SCEMBLIX
Nombres de medicamentos	SCEMBLIX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para leucemia mieloide crónica (CML) en fase crónica: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL Y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: A) al paciente se lo trató previamente con 2 o más inhibidores de la tirosina cinasa (TKI) Y al menos uno de ellos fue imatinib o dasatinib, O B) el paciente es positivo en la mutación T315I.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SIGNIFOR
Nombres de medicamentos	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 del recetador	Endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SILDENAFIL
Nombres de medicamentos	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 (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [World Health Organization, WHO]), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos pacientes): 1) Presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg; 2) Presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual a 15 mmHg; y 3) Resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SIRTURO
Nombres de medicamentos	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 del recetador	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o tras la consulta con dicho especialista.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SKYRIZI
Nombres de medicamentos	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 psoriasis en placas de moderada a grave (solo pacientes nuevos): 1) al menos un 3% del área de la superficie corporal (body surface area, BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle y áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, o b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado, o c) el paciente padece de psoriasis grave que justifica la administración de un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos un 10% del área de la superficie corporal o de las áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales o ingle y áreas intertriginosas] están afectadas). Para enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa (solo nuevos pacientes): 1) Respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) Intolerancia o contraindicaciones al tratamiento convencional.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SKYRIZI-CD
Nombres de medicamentos	SKYRIZI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo pacientes nuevos): 1) al menos un 3% del área de la superficie corporal (body surface area, BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle y áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, o b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado, o c) el paciente padece de psoriasis grave que justifica la administración de un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos un 10% del área de la superficie corporal o de las áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales o ingle y áreas intertriginosas] están afectadas). Para enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa (solo nuevos pacientes): 1) Respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) Intolerancia o contraindicaciones al tratamiento convencional.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SOMATULINE DEPOT
Nombres de medicamentos	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 tumores neuroendocrinos (NET) del pulmón, timo (tumores carcinoides) o gastrinoma primario no operable, además de feocromocitoma/paraganglioma.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para acromegalia (inicial): 1) el paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento insulínico 1 (IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el género, 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 por la cual el paciente no se sometió a una cirugía o radioterapia. Para continuación de terapia de acromegalia: el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia. Para el control tumoral, el medicamento solicitado se utilizará en cualquiera de los siguientes casos: 1) tumor neuroendocrino del timo o del pulmón en pacientes con enfermedad inoperable locorregional o enfermedad metastásica distante; O 2) gastrinoma primario inoperable; O 3) feocromocitomas y paragangliomas, que se utilizan para cualquiera de los siguientes casos: a) enfermedad sintomática inoperable localmente con resultado positivo en el receptor de la somatostatina por adquisición de imágenes, O b) tumor que secreta líquidos en una enfermedad metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SOMAVERT
Nombres de medicamentos	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 un nivel alto de factor de crecimiento insulínico 1 (IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el género, 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 por la cual el paciente no se sometió a una cirugía o radioterapia. Para continuación de terapia de acromegalia: el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SPRYCEL
Nombres de medicamentos	SPRYCEL
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), condrosarcoma metastásico, cordoma recurrente, leucemia linfocítica aguda (ALL) de células T y ALL de linfocitos B de tipo Filadelfia (Ph)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia (pH) o el gen BCR-ABL. Si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para CML, el resultado para las mutaciones T315I/A, F317L/V/I/C y V299L es negativo. Para leucemia linfocítica aguda (ALL), el paciente tiene uno de los siguientes diagnósticos: 1) ALL con cromosoma Filadelfia positivo que se confirmó mediante la detección del cromosoma Ph o el gen BCR-ABL; O 2) ALL de tipo B similar al Ph con fusión de cinasa de clase ABL; O 3) ALL de linfocitos T recidivante o refractaria con translocación de clase ABL. Para GIST, el paciente debe haber tenido un progreso con imatinib, sunitinib y regorafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	STELARA
Nombres de medicamentos	STELARA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo pacientes nuevos): 1) Al menos un 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle y áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones a dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast) y Skyrizi (risankizumab-rzaa). Para artritis psoriásica activa (active psoriatic arthritis, PsA) (solo pacientes nuevos), el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones a dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la enfermedad de Crohn de moderada a gravemente activa (nuevos inicios): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o una contraindicación a uno de los siguientes productos: Humira (adalimumab) o Skyrizi (risankizumab-rzaa). Para enfermedad de colitis ulcerativas de moderada a gravemente activa (solo nuevos pacientes): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a Humira (adalimumab).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	STIVARGA
Nombres de medicamentos	STIVARGA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tumores de estroma gastrointestinal (GIST) progresivo, osteosarcoma, glioblastoma, angiosarcoma, sarcoma suave de tejido retroperitoneal/intraabdominal, rabdomidocoma, tumor fibroso solitario y sarcomas de tejido blando de las extremidades, pared corporal, cabeza y cuello, cáncer colorrectal avanzado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tumores de estroma gastrointestinal: La enfermedad es progresiva, localmente avanzada, inoperable o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SUTENT
Nombres de medicamentos	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, papilar, células de Hurthle o medular), sarcoma de tejido blando (angiosarcoma, tumor fibroso solitario y subtipos de sarcoma alveolar de partes blandas), cordoma recurrente, carcinoma tímico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma de célula renal, el paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o en estadio IV.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SYMDEKO
Nombres de medicamentos	SYMDEKO
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 no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	6 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SYMPAZAN
Nombres de medicamentos	SYMPAZAN
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	SYNRIBO
Nombres de medicamentos	SYNRIBO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Terapia de seguimiento después de trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT) para pacientes con leucemia mieloide crónica (CML)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TABRECTA
Nombres de medicamentos	TABRECTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento del cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente o avanzado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para NSCLC recurrente, avanzado o metastásico: el tumor es positivo en mutación por omisión del exón 14 de la transición epitelial-mesenquimal (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TAFINLAR
Nombres de medicamentos	TAFINLAR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Metástasis cerebral de melanoma, carcinoma de tiroides (carcinomapapilar, folicular y de células de Hurthle), cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para metástasis cerebrales de melanoma, tratamiento adyuvante contra el melanoma y cáncer del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma): 1) el tumor tiene una mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K) y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para melanoma inoperable o metastásico: 1) el tumor tiene una 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. Para cáncer de pulmón de células no pequeñas y tumores sólidos: 1) el tumor es positivo para una mutación del gen BRAF V600E; y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para carcinoma de tiroides con histología papilar, folicular o de Hurthle: Tumor con mutación de activación del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TAGRISSO
Nombres de medicamentos	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 o avanzado con mutación positiva del receptor de factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (EGFR), metástasis cerebral por sensibilización del NSCLC positivo a la mutación EGFR, metástasis leptomeníngea por el NSCLC positivo a la mutación EGFR
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para NSCLC, el medicamento solicitado se utiliza cuando 1) El paciente cumple con los siguientes criterios: a) el paciente tiene NSCLC metastásico, avanzado o recurrente (incluidas metástasis cerebral o leptomeníngea por NSCLC) y b) el paciente tiene una mutación sensibilizante del EGFR; O 2) El paciente cumple con los siguientes criterios: 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 positiva del EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TALTZ
Nombres de medicamentos	TALTZ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo pacientes nuevos): 1) al menos un 3% del área de la superficie corporal (body surface area, BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle y áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones a una de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast) y Skyrizi (risankizumab-rzaa). Para espondilitis anquilosante activa (solo pacientes nuevos), el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones para uno de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib) o Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para artritis psoriásica activa (active psoriatic arthritis, PsA) (solo pacientes nuevos), el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Xeljanz (tofacitinib) o Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para espondiloartritis axial activa (solo pacientes nuevos), el paciente debe cumplir con cualquiera de los siguientes criterios: 1) tuvo una respuesta inadecuada a un ensayo con un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) o 2) tiene intolerancia o contraindicaciones para AINE.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TALZENNA
Nombres de medicamentos	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 de la estirpe germinal (BRCA) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del cáncer de mama metastásico o recurrente con mutación de la estirpe germinal BRCA (gBRCAm), el paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TARGRETIN TÓPICO
Nombres de medicamentos	BEXAROTENE, TARGRETIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Micosis fungoide, leucemia/linfoma de linfocitos T en adultos crónico o latente, linfoma de zona marginal primario cutáneo, linfoma de centro folicular primario cutáneo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TASIGNA
Nombres de medicamentos	TASIGNA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia linfocítica aguda con cromosoma Filadelfia (Ph+ ALL), tumor de estroma gastrointestinal (GIST)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para leucemia mielógena crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda (ALL), diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para la CML, incluidos los pacientes recientemente diagnosticados con CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: el paciente ha experimentado resistencia o intolerancia al imatinib o al dasatinib. Si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la CML, el resultado para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I es negativo. Para GIST, el paciente debe haber tenido un progreso con imatinib, sunitinib y regorafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TAZAROTENE
Nombres de medicamentos	TAZAROTENE, TAZORAC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para psoriasis en placas: 1) El medicamento solicitado se receta para tratar menos del 20 por ciento del área de la superficie corporal del paciente; Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a, al menos, un corticoesteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de corticoesteroides tópicos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TAZVERIK
Nombres de medicamentos	TAZVERIK
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	Sarcoma epitelioide: 16 años de edad o más. Linfoma folicular: 18 años de edad o más
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TECENTRIQ
Nombres de medicamentos	TECENTRIQ
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 recurrente o avanzado, cáncer de mama recurrente triple negativo con PD-L1 positivo en combinación con paclitaxel sujeto a proteína
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma urotelial, el paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) el paciente no reúne los requisitos para el tratamiento con cisplatin y los tumores expresan PD-L1 (definido como células inmunitarias [immune cells, IC] infiltrantes de tumor teñidas con PD-L1 que cubren un 5% o más del área del tumor) O 2) el paciente no reúne los requisitos para ningún tipo de quimioterapia con platino. Para cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), 1) el paciente tiene una enfermedad recurrente, avanzada o metastásica Y el medicamento solicitado se utilizará como cualquiera de los siguientes tratamientos: a) tratamiento de primera línea de tumores con alta expresión de PD-L1 (definido como células inmunitarias [IC] infiltrantes de tumor teñidas con PD-L1 que cubren un 10 % o más del área del tumor) y sin anomalías tumorales genómicas de ALK ni EGFR, b) en combinación con carboplatin, paclitaxel y bevacizumab, o en combinación con carboplatino y paclitaxel unido a albúmina para NSCLC no escamocelular, o c) tratamiento posterior o de continuación del mantenimiento; O 2) el paciente padece una enfermedad en estadio II a IIIA Y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante luego de la resección y la quimioterapia con platino para tumores con expresión de PD-L1 superior o igual al 1 % de las células tumorales. Para carcinoma hepatocelular, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TEMAZEPAM, 30 MG
Nombres de medicamentos	TEMAZEPAM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento solicitado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo, recetar una dosis reducida o administrarlo con precaución o bajo supervisión médica). El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación a la doxepina (3 mg o 6 mg).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante.

Grupo de Autorización Previa	TEPMETKO
Nombres de medicamentos	TEPMETKO
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TESTOSTERONE CYPIONATE INJ
Nombres de medicamentos	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	Hipogonadismo primario o hipogonadotrópico: 1) la solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona, y el paciente tuvo un nivel de testosterona bajo en la mañana confirmado de acuerdo con las pautas de la práctica actual o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se establecieron la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”).]; O 2) la solicitud no es para la continuación del tratamiento con testosterona, y el paciente tiene, por lo menos, dos niveles de testosterona en la mañana bajos confirmados de acuerdo con las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar [Nota: No se establecieron la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar el tratamiento hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TESTOSTERONE ENANTHATE INJ
Nombres de medicamentos	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	Hipogonadismo primario o hipogonadotrópico: 1) la solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona, y el paciente tuvo un nivel de testosterona bajo en la mañana confirmado de acuerdo con las pautas de la práctica actual o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se establecieron la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”).]; O 2) la solicitud no es para la continuación del tratamiento con testosterona, y el paciente tiene, por lo menos, dos niveles de testosterona en la mañana bajos confirmados de acuerdo con las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar [Nota: No se establecieron la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar el tratamiento hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TETRABENAZINE
Nombres de medicamentos	TETRABENAZINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Trastornos de tics, discinesia tardía, hemibalismo, corea no asociada a la enfermedad de Huntington.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la corea asociada con la enfermedad de Huntington: el paciente debe tener una respuesta previa inadecuada o un evento adverso intolerable debido al tratamiento con deutetrabenazine. Para el tratamiento de la discinesia tardía, el paciente debe presentar una respuesta previa inadecuada o un evento adverso intolerable debido al tratamiento con deutetrabenazina o valbenazina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TETRACICLINA
Nombres de medicamentos	TETRACICLINA HIDROCLORURO
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 utilizará el medicamento solicitado por vía oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	THALOMID
Nombres de medicamentos	THALOMID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Anemia relacionada con mielofibrosis, estomatitis aftosa recurrente, úlceras aftosas asociadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), caquexia, diarrea asociada con HIV, sarcoma de Kaposi relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), síndrome de Behcet, enfermedad crónica de injerto contra huésped, enfermedad de Crohn, enfermedad de Castleman multicéntrica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para caquexia: la caquexia se debe a cáncer o infección por e virus de la inmunodeficiencia humana (human immunodeficiency virus, HIV).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TIBSOVO
Nombres de medicamentos	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 desdiferenciado
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene una enfermedad con mutación susceptible de isotrato deshidrogenasa-1 (IDH1). Para leucemia mieloide aguda (acute myeloid leukemia, AML), 1) el paciente fue diagnosticado recientemente con AML y cumple con uno de los siguientes criterios: a) 75 años de edad o más, b) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, o c) el paciente tiene 60 años fisiológicos de edad o más y rechaza la quimioterapia de inducción intensiva; O 2) el paciente tiene 60 años fisiológicos de edad o más y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la inducción después de una respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado; O 3) el paciente tiene una AML recidivante o refractaria al tratamiento. Para colangiocarcinoma no operable o metastásico: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la progresión durante el tratamiento sistémico o después de este.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TOBRAMYCIN
Nombres de medicamentos	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 fibrosis quística y bronquiectasia no causada por fibrosis quística, el paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) Pseudomonas aeruginosa presentes en los cultivos de 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	TOPICAL LIDOCAINE
Nombres de medicamentos	GLYDO, LIDOCAINE, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HCL JELLY, LIDOCAINE/PRILOCAINE
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 FDA para uso tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	TOPICAL TESTOSTERONES
Nombres de medicamentos	ANDRODERM, 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	Hipogonadismo primario o hipogonadotrópico: 1) la solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona, y el paciente tuvo un nivel de testosterona bajo en la mañana confirmado de acuerdo con las pautas de la práctica actual o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se establecieron la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”).]; O 2) la solicitud no es para la continuación del tratamiento con testosterona, y el paciente tiene, por lo menos, dos niveles de testosterona en la mañana bajos confirmados de acuerdo con las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar [Nota: No se establecieron la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar el tratamiento hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TOPICAL TRETINOIN
Nombres de medicamentos	AVITA, 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TRAZIMERA
Nombres de medicamentos	TRAZIMERA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Tratamiento neoadyuvante contra el cáncer de mama: 6 meses. Otros: año del plan.
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	TRELSTAR
Nombres de medicamentos	TRELSTAR MIXJECT
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 disforia de género, el paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios (1 o 2): 1) el medicamento solicitado se utiliza para suprimir la pubertad, y el paciente se encuentra en estadio 2 de Tanner o superior; O 2) el paciente se encuentra en transición de género y recibirá el medicamento solicitado de forma concomitante con hormonas de reasignación de género.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TREPROSTINIL INJ
Nombres de medicamentos	TREPROSTINIL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Solo para pacientes nuevos: 1) presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor de 20 mmHg; 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	TRIENTINE
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TRIKAFTA
Nombres de medicamentos	TRIKAFTA
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 no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	6 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TRUSELTIQ
Nombres de medicamentos	TRUSELTIQ
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TRUXIMA
Nombres de medicamentos	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 hodgkiniano [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de zona marginal (ganglionar, esplénico, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de linfocitos B cutáneo primario, linfoma de linfocitos B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de linfocitos B de alto grado no especificado de otra manera, transformación histológica del linfoma folicular a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de linfocitos B], púrpura trombocitopénica idiopática o inmunitaria (ITP) refractaria, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombótica trombocitopénica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (con predominio linfocitario nodular), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfocítica aguda, prevención del virus de Epstein-Barr (EBV) relacionado con PTLD, esclerosis múltiple, reacciones adversas relacionadas con un inhibidor de puntos de control inmunitario, pénfigo vulgar, linfoma pediátrico tipo Burkitt (BLL) y leucemia aguda pediátrica de células B maduras (B-AL).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoide de moderada a gravemente activa (solo pacientes nuevos): 1) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: A) el medicamento solicitado se administrará en combinación con methotrexate (MTX), O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación a MTX; Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX, O b) respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico anterior o un FARME sintético específico. Las malignidades hematológicas deben ser CD20 - positivo. Para esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante o remitente y 2) el paciente tuvo respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad contra la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con el inhibidor del punto de control inmunitario: 3 meses. Todas las demás indicaciones: año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TUKYSA
Nombres de medicamentos	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 con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) recurrente, incluidos los pacientes con metástasis cerebral, que han recibido una o más líneas de tratamiento selectivo para HER2 previo en el entorno metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	TURALIO
Nombres de medicamentos	TURALIO
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	UBRELVY
Nombres de medicamentos	UBRELVY
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 el paciente presenta una contraindicación a un triptano agonista de receptores de 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	UCERIS
Nombres de medicamentos	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	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o presenta una contraindicación a, por lo menos, un tratamiento con ácido 5-aminosalicílico (5-ASA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	2 meses
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	V-GO
Nombres de medicamentos	V-GO 20, V-GO 30, V-GO 40
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 paciente padece diabetes que requiere administración de insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) El paciente controla sus propios niveles de glucosa 4 o más veces al día O el paciente utiliza un monitor continuo de glucosa; Y 3) El paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes factores con el régimen actual de diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, fluctuaciones considerables en los niveles de glucosa en la sangre, fenómeno de episodios constantes e intensos de hiperglucemia activa durante la madrugada y variaciones graves de la glucemia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para continuar el tratamiento con una bomba de insulina, el paciente tiene un control glucémico estable o mejorado.

Grupo de Autorización Previa	VALCHLOR
Nombres de medicamentos	VALCHLOR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Linfoma/leucemia de células T en adultos, crónico o latente, micosis fungoide/síndrome de Sezary en Etapa 2 o superior; linfoma de zona marginal primario cutáneo, linfoma de centro folicular primario cutáneo, papulosis linfomatoide.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	VELCADE
Nombres de medicamentos	BORTEZOMIB, VELCADE
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 Waldenstrom/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de linfocitos T en adultos, leucemia linfocítica aguda, sarcoma de Kaposi relacionado con el AIDS, linfoma de Hodgkin, síndrome de POEMS
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	VEMLIDY
Nombres de medicamentos	VEMLIDY
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para infección crónica por el virus de la hepatitis B, el medicamento solicitado se utilizará en un paciente que cumpla con cualquiera de los siguientes criterios (solo pacientes nuevos): 1) respuesta virológica inadecuada o evento adverso intolerable por tenofovir disoproxil fumarato O 2) pérdida ósea y defectos de mineralización o riesgo de pérdida ósea y defectos de mineralización (p. ej., antecedentes de fracturas por fragilidad, edad avanzada, fragilidad, uso crónico de glucocorticoides, puntuaciones T bajas o mayor riesgo de caída).

Grupo de Autorización Previa	VENCLEXTA
Nombres de medicamentos	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 plasmocitadas blásticas (BPDCN), mieloma múltiple, leucemia mieloide aguda (AML) recidivante o refractaria, AML en pacientes de 60 años fisiológicos o mayores.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para leucemia mieloide aguda (acute myeloid leukemia, AML), se debe cumplir con cualquiera de los siguientes criterios: 1) paciente de 60 años fisiológicos o más; O 2) el medicamento solicitado se utilizará como componente de la repetición del régimen inicial de inducción exitosa si hay recidiva tardía; O 3) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva; O 4) el medicamento solicitado se utilizará para enfermedades recidivantes o refractarias al tratamiento. Para neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm, BPDCN), se debe cumplir con cualquiera de los siguientes criterios: 1) el paciente tiene una enfermedad sistémica tratada con intención paliativa O 2) el paciente tiene una enfermedad recidivante o refractaria al tratamiento. Para mieloma múltiple, se deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) la enfermedad es recidivante o progresiva; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dexametasona; Y 3) el paciente tiene una translocación t(11:14).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	VENTAVIS
Nombres de medicamentos	VENTAVIS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Solo para pacientes nuevos: 1) presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor de 20 mmHg; 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	VERSACLOZ
Nombres de medicamentos	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 gravemente enfermo con esquizofrenia que no respondió adecuadamente al tratamiento antipsicótico estándar (es decir, esquizofrenia resistente al tratamiento), 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes productos genéricos: A) aripiprazol, B) asenapina, C) olanzapina, D) quetiapina, E) risperidona, F) ziprasidona Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes productos de marca: A) Latuda, B) Rexulti, C) Secuado, D) Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	VERZENIO
Nombres de medicamentos	VERZENIO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Receptor hormonal recurrente (HR) positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) de cáncer de mama negativo en combinación con fulvestrant o inhibidor de aromatasa, o como un solo agente si progresa con un tratamiento endocrino anterior y quimioterapia previa en el contexto metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	VIGABATRIN
Nombres de medicamentos	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 convulsiones parciales complejas (CPS): el paciente tuvo respuesta inadecuada a, al menos, 2 medicamentos antiepilépticos para CPS.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	VITRAKVI
Nombres de medicamentos	VITRAKVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tumores sólidos positivos para la fusión del gen receptor de la tirosinacinasa neurotrófico (NTRK) avanzados, recurrentes o persistentes, tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión del gen NTRK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de todos los tumores sólidos de la fusión positiva de gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK), la enfermedad no presenta una mutación de resistencia adquirida conocida.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	VIZIMPRO
Nombres de medicamentos	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 o avanzado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; y 2) el paciente tiene una enfermedad con mutación del EGFR sensibilizante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	VONJO
Nombres de medicamentos	VONJO
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	VORICONAZOLE
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	VOSEVI
Nombres de medicamentos	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 de clase B o C)
Información médica requerida	Para hepatitis C: infección confirmada por la presencia de ARN del virus de la hepatitis C (hepatitis C virus, HCV) en suero antes de comenzar el tratamiento. El 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 de VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante de hígado y riñones, si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la AASLD (Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Hepáticas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Se aplican los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	VOTRIENT
Nombres de medicamentos	VOTRIENT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma de tiroides (foliculocular, papilar, célula de Hurthle o medular), sarcoma uterino.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: la enfermedad es avanzada o recidivante o está en estadio IV. Para sarcoma de tejido blando (soft tissue sarcoma, STS): el paciente no tiene sarcoma de tejido blando adiposo. Para sarcoma uterino: la enfermedad es recurrente o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	WELIREG
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	XALKORI
Nombres de medicamentos	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 MET o mutaciones por omisión del exón 14 de MET de alto nivel, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para NSCLC, el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes contextos: 1) el paciente tiene NSCLC recurrente, avanzado o metastásico positivo en ALK; 2) el paciente tiene NSCLC recurrente, avanzado o metastásico positivo en ROS-1; o 3) el paciente tiene NSCLC con amplificación del gen MET o mutaciones por omisión del exón 14 del gen MET de alto nivel. Para IMT, la enfermedad es ALK positivo. En el caso del linfoma anaplásico de células grandes, la enfermedad es recidivante o refractaria al tratamiento y ALK positivo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	XELJANZ
Nombres de medicamentos	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 artritis reumatoide de actividad moderada a severa (solo nuevos inicios): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF). Para artritis psoriásica activa (solo pacientes nuevos): 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a, al menos, un inhibidor del TNF Y 2) el medicamento solicitado se administra en combinación con un FARME no biológico. Para colitis ulcerativa moderada a gravemente activa (solo para nuevos pacientes): Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a un bloqueador de factor de necrosis tumoral (TNF).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	XERMELO
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	XGEVA
Nombres de medicamentos	XGEVA
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	XIFAXAN
Nombres de medicamentos	XIFAXAN
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 receta para reducir el riesgo de recurrencia extrema de encefalopatía hepática (HE) O 2) El paciente tiene diagnóstico de síndrome de colon irritable con diarrea (IBS-D) Y 3) Si el paciente recibió previamente tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente experimentó una recurrencia de los síntomas Y 4) El paciente no recibió todavía un curso de tratamiento inicial de 14 días y dos cursos de tratamiento adicionales de 14 días con el medicamento solicitado O 5) El paciente no recibió previamente tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Reducción del riesgo de recurrencia extrema de HE: 6 meses. IBS-D: 14 días.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	XOLAIR
Nombres de medicamentos	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 tratamiento inicial de asma alérgica: 1) El paciente tiene una prueba cutánea (o análisis de sangre) positiva en al menos 1 aeroalérgeno perenne; 2) El paciente tiene una concentración de inmunoglobulina E (IgE) base mayor o igual a 30 UI/ml; y 3) El paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los siguientes medicamentos en dosis óptimas: a) Corticoesteroide inhalable, y b) Controlador adicional (agonistas beta-2 de larga duración, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicaciones a tales tratamientos. Para la continuación del tratamiento del asma alérgica solamente: el control del asma del paciente mejoró con el tratamiento con el medicamento solicitado desde el inicio. Para el tratamiento inicial de la urticaria idiopática crónica (chronic idiopathic urticaria, CIU): 1) se evaluó al paciente por otras causas de urticaria, como angioedema relacionado con bradicinina y síndromes de urticaria asociados a IL-1 (trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial); y 2) el paciente experimentó un inicio espontáneo de ronchas, angioedema o ambos durante al menos 6 semanas. Para el tratamiento de continuación de la CIU: El paciente experimentó una respuesta (p. ej., mejora de los síntomas) desde el inicio del tratamiento.
Restricciones de edad	Para CIU: 12 años de edad o más. Para asma alérgica: 6 años de edad o más. Para pólipos nasales: 18 años de edad o más.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Asma alérgica y pólipos nasales: año del plan. CIU inicial: 6 meses. Continuación de CIU: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	XOSPATA
Nombres de medicamentos	XOSPATA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del FLT3
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del JAK2: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	XPOVIO
Nombres de medicamentos	XPOVIO, XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY, XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY, XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY, XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY, XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY, XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY, XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	XTANDI
Nombres de medicamentos	XTANDI
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 utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	XYREM
Nombres de medicamentos	XYREM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) Se receta el medicamento solicitado para el tratamiento de somnolencia diurna excesiva en un paciente de 7 años de edad o más con narcolepsia; Y 2) El diagnóstico se confirmó mediante la evaluación de un estudio de sueño; Y 3) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a, al menos, un medicamento estimulante del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina o metilfenidato) O tiene contraindicaciones que podrían prohibir un ensayo de medicamentos estimulantes del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina o metilfenidato) [Nota: La cobertura de anfetaminas puede requerir autorización previa]; Y 4) Si el paciente tiene 18 años o más, experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a, al menos, un medicamento promotor de la vigilia del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., armodafinilo) O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de medicamentos promotores de la vigilia del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., armodafinilo) [Nota: La cobertura de armodafinilo puede requerir autorización previa]; O 5) El medicamento que se receta es para el tratamiento de cataplexia en pacientes de 7 años de edad o más con narcolepsia; Y 6) El diagnóstico se confirmó mediante la evaluación de un estudio del sueño.
Restricciones de edad	7 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	Recetado o en consulta con un especialista en trastornos del sueño o neurólogo.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	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.

Grupo de Autorización Previa	ZARXIO
Nombres de medicamentos	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 aplástica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), neutropenia relacionada con trasplante renal.
Criterios de exclusión	El uso del producto solicitado dentro de las 24 horas antes o después de la quimioterapia.
Información médica requerida	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 recibió, actualmente está recibiendo o recibirá tratamiento mielosupresor contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ZEJULA
Nombres de medicamentos	ZEJULA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	En combinación con bevacizumab para cáncer epitelial de ovario persistente o recurrente, de trompa de Falopio o cáncer peritoneal principal para enfermedad sensible al platino.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal primario, el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes contextos: 1) como tratamiento de mantenimiento del cáncer epitelial de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal primario de estadio II a IV en pacientes que presentan una respuesta completa o parcial a la quimioterapia con platino de primera línea Y, si se sabe que el paciente tiene una enfermedad con mutación del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA), el paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib); 2) como tratamiento de mantenimiento del cáncer epitelial recurrente de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal primario en pacientes que presentan una respuesta completa o parcial a la quimioterapia Y el paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib); 3) como tratamiento del cáncer avanzado, persistente o recurrente de ovario, de trompa de Falopio o peritoneal primario en pacientes tratados con tres o más regímenes de quimioterapia previos y cuyo cáncer está asociado con un estado positivo de deficiencia de recombinación homóloga (HRD) definido por a) una mutación del gen BRCA perjudicial o sospechosa Y, si se receta para cáncer de ovario avanzado, persistente o recurrente con una mutación de la línea germinal en el gen BRCA perjudicial o sospechosa, el paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib), o b) inestabilidad genómica y progresión más de seis meses después de la respuesta a la última quimioterapia con platino; o 4) en combinación con bevacizumab para el cáncer epitelial de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal primario persistente o recurrente sensible al platino.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ZELBORAF
Nombres de medicamentos	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, carcinoma de tiroides (es decir, carcinoma papilar, carcinoma folicular y carcinoma de células de Hurthle), cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma), terapia sistémica adyuvante para el melanoma cutáneo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento adyuvante contra el melanoma y cáncer del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma): 1) el tumor tiene una mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K) y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con cobimetinib. Para melanoma inoperable o metastásico: 1) el tumor tiene una 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 cobimetinib (con o sin atezolizumab). Para la enfermedad de Erdheim-Chester, el tumor tiene una mutación del gen BRAF V600. Para cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) el tumor tiene una mutación del gen BRAF V600E; y 2) el paciente tiene una enfermedad recurrente, avanzada o metastásica. Para carcinoma de tiroides: 1) el tumor tiene una mutación del gen BRAF; y 2) el paciente tiene carcinoma folicular refractario al radioyodo, carcinoma de células de Hurthle o carcinoma papilar de tiroides. Para leucemia de células pilosas: El medicamento solicitado se administrará como tratamiento posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ZIRABEV
Nombres de medicamentos	ZIRABEV
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama, tipos de tumores del sistema nervioso central (CNS): astrocitoma/oligodendroglioma supratentorial infiltrante de bajo grado en adultos (Grado II de la WHO), ependimoma espinal e intracraneal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma en adultos, linfoma primario del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebral limitada y extensiva, tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer de ovarios/cáncer de las trompas de Falopio, tipos de cáncer peritoneal primario: carcinosarcoma (tumores de Müller mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometrioide de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado, tumores epiteliales limítrofes de ovario (bajo potencial maligno) con implantes invasivos, y tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, tipos de sarcomas de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, carcinoma de células escamosas de la vulva, y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluidos la coroidopatía polipoidea y los subtipos de proliferación angiomatosa retiniana, edema macular posterior a la oclusión de la vena de la retina, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro, carcinoma hepatocelular y adenocarcinoma del intestino delgado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo.

Grupo de Autorización Previa	ZOLINZA
Nombres de medicamentos	ZOLINZA
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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ZONISADE
Nombres de medicamentos	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 de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico; Y el paciente ha experimentado 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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ZTALMY
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ZYDELIG
Nombres de medicamentos	ZYDELIG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia linfocítica crónica refractaria o recidivante (CLL)/linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma folicular recidivante o refractario, linfomas de la zona marginal [linfoma de zona marginal nodal, linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica (MALT), linfoma MALT no gástrico y linfoma de zona marginal esplénica].
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ZYKADIA
Nombres de medicamentos	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) con ALK recurrente o avanzado, NSCLC recurrente, avanzado o metastásico con ROS1, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT), metástasis cerebrales de NSCLC.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En caso de NSCLC, el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica con ALK o ROS1 positivos. Para tumor miofibroblástico inflamatorio, la enfermedad es ALK positivo. En el caso de metástasis cerebral por NSCLC: el paciente tiene NSCLC con ALK.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de Autorización Previa	ZYPREXA RELPREVV
Nombres de medicamentos	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 del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Llame al (800) 665-3086 TTY: 711. La llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1- 800-424-4495 (TTY 711).