

## Criterios de PA

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ABIRATERONE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ABIRATERONE ACETATE, ZYTIGA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer de próstata, con ganglios positivos (N1), sin metástasis (M0)   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ACITRETIN  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ACITRETIN  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Prevención de cáncer de piel sin melanoma en personas de alto riesgo; liquen plano; queratosis folicular (enfermedad de Darier). |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ACTIMMUNE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ACTIMMUNE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Micosis fungoide; síndrome de Sézary; dermatitis atópica.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ADEMPAS   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ADEMPAS   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (Grupo 1 de la OMS): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (chronic thromboembolic pulmonary hypertension, CTEPH) (Grupo 4 de la OMS): El paciente tiene CTEPH persistente o recurrente después de endarterectomía pulmonar (pulmonary endarterectomy, PEA), O BIEN el paciente tiene CTEPH inoperable con diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho Y por tomografía computarizada (computed tomography, CT), resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) o angiografía pulmonar. Solo para nuevos inicios (sin incluir CTEPH persistente/recurrente después de PEA): 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, Y 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | AFINITOR  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | AFINITOR, AFINITOR DISPERZ, EVEROLIMUS  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas del timo, linfoma de macroglobulinemia/linfoplasmocítico de Waldenstrom, subtipos de sarcoma de tejido blando: tumores de célula epitelioide perivascular (PEComa), linfangioleiomiomatosis, tumores de estroma gastrointestinal, tumor neuroendócrino del timo, carcinoma de tiroides (papilar, células Hurthle y folicular), cáncer de endometrio.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para cáncer de mama: 1) La enfermedad es recurrente o con receptor de hormona metastásica (hormone receptor, HR) positivo, receptor de factor de crecimiento dérmico humano 2 (human epidermal receptor, HER2) negativo, y 2) El medicamento solicitado se receta en combinación con exemestane, fulvestrant, o tamoxifen, y 3) El paciente recibió terapia endócrina dentro del año. Para carcinoma de célula renal: 1) La enfermedad tuvo una recidiva, metastásica o no operable, y 2) Para enfermedades de histología celular predominantemente clara, la enfermedad avanzó con terapia previa.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | AIMOVIG   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | AIMOVIG   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado, y el paciente tuvo una reducción de sus días con migraña por mes en relación con el valor inicial, O 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas con cualquiera de los siguientes medicamentos: Medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueantes betaadrenérgicos, antidepresivos O 3) El paciente experimentó intolerancia o contradicción que prohíbe una prueba de 4 semanas con cualquiera de los siguientes medicamentos: Medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueantes betaadrenérgicos, antidepresivos |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Inicial 3 meses, reautorización año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ALDURAZYME   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ALDURAZYME   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para mucopolisacaridosis I: el diagnóstico se confirmó por ensayo de enzima que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-L-iduronidasa o por pruebas genéticas.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ALECENSA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ALECENSA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer pulmonar de células no pequeñas con cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK) recurrente positivo, metástasis cerebral por cáncer pulmonar de células no pequeñas con ALK positivo.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ALOSETRON  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ALOSETRON HYDROCHLORIDE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 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 (irritable bowel syndrome, IBS) Y 2) Síntomas de IBS crónico que duran al menos de 6 meses Y 3) Se han descartado anomalías de tracto gastrointestinal Y 4) Respuesta inadecuada a la terapia convencional. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ARALAST NP, PROLASTIN-C, ZEMAIRA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para la deficiencia del inhibidor de alfa 1-proteinasa: El paciente debe tener 1) enfisema clínicamente evidente, 2) nivel del inhibidor de alfa 1-proteinasa sérica en pretratamiento menor de 11 micromoles/L (80 mg/dl por inmunodifusión radial o 50 mg/dL por nefelometría), y 3) el volumen espiratorio forzado posterior a broncodilatación en pretratamiento (forced expiratory volume, FEV1) de 1 segundo mayor o igual al 25 % y menor o igual al 80 % de lo previsto. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ALUNBRIG   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ALUNBRIG   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer pulmonar de células no pequeñas (non small cell lung cancer, NSCLC) con cinasa de linfoma anaplásico (ALK) recurrente positivo, metástasis cerebral por NSCLC.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para metástasis cerebral por NSCLC: la enfermedad es de ALK positivo.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ANADROL  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ANADROL-50   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Caquexia asociada con SIDA (desgaste de VIH)   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 6 meses  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ANTIOBESITY AGENTS  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PHENDIMETRAZINE TARTRATE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | -   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | -   |
| <b>Otros criterios</b>                 | <p>Usos cubiertos, todas las indicaciones aprobadas por la FDA</p> <p>Criterios de exclusión antecedentes de enfermedades cardiovasculares (p. ej., enfermedad arterial coronaria, accidente cerebrovascular, arritmia, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión no controlada). Uso concomitante de un inhibidor de oxidasa monamina en los últimos 14 días. Hipertiroidismo. Glaucoma. Estados agitados. Antecedentes de drogadicción. Embarazo. Lactancia.</p> <p>Información médica requerida: 1) el paciente tiene un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual que 30 kg por metro cuadrado, o 2) el paciente tiene un IMC mayor o igual que 27 kg por metro cuadrado Y tiene factores de riesgo adicionales.</p> <p>Duración de la cobertura: 3 meses de duración de cobertura (90 días de tratamiento) por año</p> <p>Otros criterios: 1) el paciente no ha recibido 3 meses de tratamiento en los últimos 365 días, 2) el medicamento solicitado se utilizará con una dieta reducida en calorías y un aumento en la actividad física.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | APOKYN                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | APOKYN                                      |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan                                |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ARCALYST   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ARCALYST   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan el tratamiento para bajar el nivel de urato.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para prevención de brotes de gota en miembros que inician o continúan el tratamiento para bajar el urato (nuevos inicios): 1) Dos o más brotes de gota dentro de los 12 meses previos, Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones a la dosis máxima tolerada de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y colchicina, Y 3) uso concurrente con la terapia para bajar el urato. Para prevención de brotes de gota en miembros que inician o continúan el tratamiento para bajar el urato (continuación): 1) El miembro debe haber alcanzado o mantenido un beneficio clínico (es decir, menor cantidad de brotes de gota o de días de brote) en comparación con el valor inicial, Y 2) uso continuado de terapia para bajar el urato concurrente con el medicamento solicitado. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Para prevención de brotes de gota: 4 meses Otros: Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ARMODAFINIL  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ARMODAFINIL  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) Diagnóstico de narcolepsia confirmado por evaluación de laboratorio de sueño O 2) Diagnóstico de trastorno de trabajo por turnos (shift work disorder, SWD) O 3) Diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (obstructive sleep apnea, OSA) confirmado por polisomnografía.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | FANAPT, FANAPT TITRATION PACK  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: lurasidone, aripiprazole, olanzapine, paliperidone, quetiapine, risperidone o ziprasidone. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | AURYXIA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | AURYXIA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | Se denegará la cobertura si la solicitud es para una indicación excluida de la Parte D.  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | AUSTEDO  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | AUSTEDO  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |



|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | AVASTIN  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | AVASTIN  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer de mama, tipos de tumor del sistema nervioso central (central nervous system, CNS); gliomas anaplásicos y ependimoma espinal e intracraneal en adultos; mesotelioma pleural maligno, tumores malignos del cordón ovárico-estroma, tipos de sarcoma de tejido blando: Sarcoma de Kaposi relacionado con SIDA, angiosarcoma y hemangiopericitoma/tumor fibroso solitario, cáncer uterino, cáncer de endometrio, edema macular diabético, degeneración macular relacionada con la edad neovascular (húmeda) incluida coroidopatía polipoidea y proliferación angiomatosa retiniana, edema macular por oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | AYVAKIT  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | AYVAKIT  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

**Grupo de autorización previa****Nombres de medicamentos**

B VS. D

ABELCET, ABRAXANE, ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, ADRIAMYCIN, ALBUTEROL SULFATE, ALIMTA, AMBISOME, AMINOSYN II, AMINOSYN-PF 7%, AMPHOTERICIN B, 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%, CLINISOL SF 15%, CLINOLIPID, CROMOLYN SODIUM, CYCLOPHOSPHAMIDE, CYCLOSPORINE, CYCLOSPORINE MODIFIED, CYTARABINE AQUEOUS, DEPO-PROVERA, DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID, DOCETAXEL, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, EMEND, ENGERIX-B, EPIRUBICIN HCL, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FLUOROURACIL, FREAMINE HBC 6.9%, FREAMINE III, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINE, GEMCITABINE HCL, GENGRAF, GRANISETRON HCL, HEPARIN SODIUM, HEPATAMINE, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, HYDROMORPHONE HCL, HYDROMORPHONE HYDROCHLORI, IBANDRONATE SODIUM, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), INTRALIPID, INTRON A, IPRATROPIUM BROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUT, IRINOTECAN, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE, KADCYLA, LEUCOVORIN CALCIUM, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HYDROCHLORID, LEVOCARNITINE, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE, METHOTREXATE, METHOTREXATE SODIUM, METHYLPREDNISOLONE, METHYLPREDNISOLONE ACETAT, METHYLPREDNISOLONE SODIUM, MORPHINE SULFATE, MYCOPHENOLATE MOFETIL, MYCOPHENOLIC ACID DR, NEPHRAMINE, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, ONDANSETRON HYDROCHLORIDE, ONDANSETRON ODT, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PAMIDRONATE DISODIUM, PARICALCITOL, PENTAMIDINE ISETHIONATE, PLENAMINE, PREDNISOLONE, PREDNISOLONE SODIUM PHOSP, PREDNISONE, PREDNISONE INTENSOL, PREMASOL, PROCALAMINE, PROGRAF, PROSOL, RABAVERT, RECOMBIVAX HB, SANDIMMUNE, SIROLIMUS, TACROLIMUS, TAXOTERE, TDVAX, TENIVAC, TOPOSAR, TPN ELECTROLYTES, TRAVASOL, TROPHAMINE, VINCRISTINE SULFATE, VINOELBINE 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.

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BALVERSA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BALVERSA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BANZEL  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BANZEL  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 1 año de edad en adelante   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BENLYSTA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BENLYSTA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | Nefritis de lupus activa grave. Lupus del sistema nervioso central activo grave.  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para lupus eritematoso sistémico (systemic lupus erythematosus, SLE): 1) El paciente actualmente recibe terapia estándar (por ejemplo, corticosteroids, azathioprine, leflunomide, methotrexate, mycophenolate mofetil, hydroxychloroquine, medicamentos antiinflamatorios no esteroides) para SLE O 2) el paciente no recibe actualmente la terapia estándar para SLE porque probó y tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia estándar. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BERINERT   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BERINERT   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE): el paciente tiene angioedema hereditario 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 tuvo resultado positivo para la mutación del gen plasminógeno o angiopoyetina-1 o F12, O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con antihistamínicos durante al menos un mes. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BETASERON  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BETASERON  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BEXAROTENE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BEXAROTENE, TARGRETIN   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Micosis fungoide, síndrome de Sézary (solo cápsulas), tipos de trastorno linfoproliferativo de células T primario cutáneo con CD30 positivo: linfoma de células grandes anaplásico primario cutáneo (solo cápsulas) y papulosis linfomatoide (solo cápsulas), linfoma/leucemia de células T en adultos, crónico o latente (solo gel), tipos de linfoma de células B primario cutáneo: linfoma de zona marginal primario cutáneo (solo gel) y linfoma de centro folicular primario cutáneo (solo gel). |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BOSENTAN  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BOSENTAN  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (Grupo 1 de la OMS): Se confirmó el diagnóstico por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos inicios): 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood.                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BOSULIF   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BOSULIF   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph + ALL) recidivante o refractaria.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para leucemia mielógena crónica (chronic myeloid leukemia, CML) o leucemia linfoblástica aguda (acute lymphoblastic leukemia, ALL): Diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML: 1) El paciente recibió trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) El paciente tiene CML de fase de blastocitos o acelerada, O 3) El paciente tiene CML de fase crónica (incluidos de diagnóstico reciente) y cumple uno de los siguientes criterios: a) riesgo alto o intermedio de avance de la enfermedad, b) bajo riesgo de avance de la enfermedad y experimentó resistencia, intolerancia o toxicidad con imatinib o un inhibidor alternativo de la tirosina-cinasa. Si el paciente experimentó resistencia a imatinib o a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para CML, el paciente tiene mutación T315I negativa. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BRAFTOVI  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BRAFTOVI  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BRIVIACT  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BRIVIACT  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 4 años de edad en adelante (comprimidos y solución oral)  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BRUKINSA                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BRUKINSA                                    |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan                                |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BUPRENORPHINE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BUPRENORPHINE HCL   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) Se receta el medicamento solicitado para el tratamiento de dependencia de opioides<br>Y 2) La paciente es una mujer embarazada o en período de lactancia y se receta el medicamento solicitado para terapia de inducción o posterior terapia de mantenimiento para tratamiento por dependencia de opioides O 3) El medicamento solicitado se receta para terapia de inducción para la transición del consumo de opioides al tratamiento por dependencia de opioides, O 4) Se receta el medicamento solicitado para terapia de mantenimiento para tratamiento por dependencia de opioides en un paciente con intolerancia a naloxone. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 12 meses  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | BUPRENORPHINE PATCH   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BUPRENORPHINE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 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 solo lo puede recetar un profesional de atención médica especializado en el uso de opioides potentes para el control de dolor crónico]. Y 4) Se evaluó y se controlará al paciente para el desarrollo de trastorno por consumo de opioides. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CABOMETYX   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CABOMETYX   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer pulmonar de células no pequeñas  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para carcinoma de célula renal: Enfermedad recidivante, no operable o metastásica. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: La enfermedad se reacomoda durante la transfección (RET) positiva.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |



|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CALCIPOTRIENE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CALCIPOTRIENE, CALCITRENE, ENSTILAR   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de psoriasis Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un esteroide tópico genérico. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CALQUENCE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CALQUENCE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CAPRELSA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CAPRELSA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), carcinoma de tiroides diferenciado: papilar, células de Hurthle y folicular.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para NSCLC: el medicamento solicitado se usa para NSCLC con reacomodamiento del gen RET.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CARBAGLU   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CARBAGLU   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS): Diagnóstico de deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS) confirmado por pruebas genéticas o enzimáticas.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CAYSTON  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CAYSTON  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para tratamiento de síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) Pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de vías aéreas del paciente, O 2) El paciente tiene antecedentes de infección o colonización de pseudomonas aeruginosa en vías aéreas.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CERDELGA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CERDELGA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Diagnóstico de enfermedad de Gaucher confirmada por ensayo de enzima que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa 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. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CEREZYME   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CEREZYME   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Enfermedad de Gaucher tipo 3   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Diagnóstico de enfermedad de Gaucher confirmada por ensayo de enzima que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o por pruebas genéticas. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CHANTIX  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CHANTIX, CHANTIX CONTINUING MONTH, CHANTIX STARTING MONTH PA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 6 meses  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CLOBAZAM   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CLOBAZAM   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 2 años de edad en adelante.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CLOMIPRAMINE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CLOMIPRAMINE HCL   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Depresión, trastorno de pánico   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El medicamento solicitado se receta para uno de los siguientes: tratamiento de Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) o trastorno de pánico Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) genérico, inhibidor de la recaptación de norepinefrina y serotonina (serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI) genérico, mirtazapine O 3) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de Depresión Y 4) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: SSRI, SNRI, mirtazapine, bupropion. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CLORAZEPATE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CLORAZEPATE DIPOTASSIUM   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) Para el control de trastornos de ansiedad el medicamento solicitado se usa con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o inhibidor de la recaptación de norepinefrina-serotonina (SNRI) hasta que hace efecto el antidepresivo para los síntomas de ansiedad, O el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o inhibidor de la recaptación de norepinefrina-serotonina (SNRI) O 2) Para la terapia adicional en el control de convulsiones parciales O 3) Alivio sintomático en síndrome de abstinencia de alcohol agudo O 4) Para alivio a corto plazo de síntomas de ansiedad, Y 5) El beneficio de la terapia con el medicamento recetado es mayor que el riesgo potencial en pacientes mayores de 65 años. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Alivio de ansiedad a corto plazo 1 mes, trastornos de ansiedad 4 meses, todos los otros diagnósticos: año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica.   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CLOZAPINE ODT   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CLOZAPINE ODT   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | COMETRIQ   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | COMETRIQ   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), carcinoma de tiroides diferenciado: papilar, células de Hurthle y folicular  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para NSCLC: El medicamento solicitado se usa para NSCLC con reacomodamiento del gen RET.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | COPIKTRA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | COPIKTRA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | COTELLIC   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | COTELLIC   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Metástasis cerebral por melanoma   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para melanoma (incluidas metástasis cerebrales): 1) La enfermedad no es operable o es metastásica, 2) La enfermedad tiene mutación BRAF V600E o V600K positiva Y 3) El medicamento solicitado se usará en combinación con vemurafenib. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CYSTAGON  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CYSTAGON  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para cistinosis nefropática: Diagnóstico confirmado por presencia de aumento de la concentración de cistina en leucocitos o por pruebas genéticas.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | CYSTARAN  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CYSTARAN  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para tratamiento de acumulación de cristales de cistina en la córnea en pacientes con cistinosis: 1) Diagnóstico de cistinosis confirmado por presencia de aumento de la concentración de cistina en leucocitos o por pruebas genéticas, y 2) El paciente tiene acumulación de cristales de cistina en la córnea.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | DALFAMPRIDINE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | DALFAMPRIDINE ER  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para esclerosis múltiple, nuevos inicios: Antes de iniciar la terapia, el paciente demuestra una dificultad sostenida para caminar. Para continuación de terapia por esclerosis múltiple: El paciente 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. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | DAURISMO  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | DAURISMO  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | DEFERASIROX   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | DEFERASIROX, JADENU, JADENU SPRINKLE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para sobrecarga crónica de hierro por transfusiones de sangre: niveles de ferritina sérica en pretratamiento superiores a 1000 mcg/L. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | DEMSER  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | DEMSER, METYROSINE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |



|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | DESVENLAFAXINE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | DESVENLAFAXINE ER  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) genérico, inhibidor de la recaptación de norepinefrina y serotonina (SNRI) genérico, mirtazapine, bupropion. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | DHE NASAL  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | DIHYDROERGOTAMINE MESYLAT  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un agonista de receptores de triptán 5-HT1.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | DIAZEPAM  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | DIAZEPAM  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) Para el control de trastornos de ansiedad el medicamento solicitado se usa con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o inhibidor de la recaptación de norepinefrina-serotonina (SNRI) hasta que hace efecto el antidepresivo para los síntomas de ansiedad, O el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o inhibidor de recaptación de norepinefrina-serotonina (SNRI) O 2) Para alivio sintomático en síndrome de abstinencia de alcohol agudo O 3) Para uso complementario para el alivio de espasmos musculoesqueléticos O 4) Para terapia complementaria en el tratamiento de trastornos convulsivos O 5) Para alivio a corto plazo de síntomas de ansiedad, Y 6) El beneficio de la terapia con el medicamento recetado es mayor que el riesgo potencial en pacientes mayores de 65 años. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Alivio de ansiedad a corto plazo 1 mes, trastornos de ansiedad 4 meses, todos los otros diagnósticos: año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica.   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | DICLOFENAC GEL 1 %  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | DICLOFENAC SODIUM   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El paciente tiene dolor de osteoartritis en articulaciones, susceptible al tratamiento tópico, como pies, tobillos, rodillas, manos, muñecas o codos Y 2) El tratamiento con el medicamento solicitado es necesario por intolerancia o contraindicaciones a medicamentos antiinflamatorios no esteroideos orales (AINE).   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | DRIZALMA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | DRIZALMA SPRINKLE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Dolor no por cáncer, dolor neuropático inducido por quimioterapia  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | El paciente ha probado cápsulas de duloxetine o el paciente no puede tomar cápsulas de duloxetine por ningún motivo (por ejemplo, dificultad para tragar cápsulas, requiere administración nasogástrica)   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | GAD - 7 años de edad en adelante   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | EMGALITY   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | EMGALITY   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El medicamento solicitado se receta para tratamiento preventivo de migrañas en pacientes adultos Y 2) El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado, y el paciente tuvo una reducción de sus días con migraña por mes en relación con el valor inicial, O 3) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas con cualquiera de los siguientes medicamentos: Medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueantes betaadrenérgicos, antidepresivos O 4) El paciente experimentó intolerancia o contradicción que prohíbe una prueba de 4 semanas con cualquiera de los siguientes medicamentos: Medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueantes betaadrenérgicos, antidepresivos O 1) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de cefalea en racimos episódica en paciente adulto Y 2) El paciente recibió el medicamento solicitado para al menos 3 semanas de tratamiento y tuvo una reducción en la frecuencia de los ataques de cefalea en racimos semanal en relación con el valor inicial, O 3) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al medicamento de triptán (es decir, agonista de receptores 5-HT1). |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Inicial 3 meses, reautorización año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | EMSAM  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | EMSAM  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a cualquiera de los siguientes antidepresivos: bupropion, trazodone, mirtazapine, inhibidores de la recaptación de norepinefrina y serotonina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), antidepresivos tricíclicos o tetracíclicos O 2) El paciente no puede tragar formulaciones orales.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 18 años de edad en adelante.   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ENBREL   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Hidradenitis supurativa refractaria grave.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al methotrexate (MTX) O 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético dirigido (por ejemplo, tofacitinib). Para artritis poliarticular idiopática juvenil moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al MTX, O 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a un DMARD biológico previo. Para espondilitis anquilosante activa (solo nuevos inicios): Respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroide O intolerancia o contraindicación a AINE. Para psoriasis en placas crónica moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 5 % del área de la superficie corporal (body surface area, BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente se encuentra con cualquiera de lo siguiente: a) ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, 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) sufre de psoriasis grave que justifica un FARME biológico como tratamiento principal. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ENDARI   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ENDARI   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 5 años de edad en adelante.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | EPCLUSA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | EPCLUSA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para hepatitis C crónica: Infección confirmada por presencia de ARN del 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 la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD). |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Se aplican los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | EPIDIOLEX  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | EPIDIOLEX  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | EPO   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PROCRIT   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Anemia por síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndrome, MDS), anemia en insuficiencia cardíaca congestiva (congestive heart failure, CHF), anemia en artritis reumatoidea (rheumatoid arthritis, RA), anemia por tratamiento para hepatitis C (ribavirin en combinación con interferon alfa o peginterferon alfa), anemia en mielofibrosis primaria (MF), mielofibrosis post policitemia vera y MF post trombocitemia esencial. Pacientes con cáncer que están en tratamiento paliativo.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | Pacientes que reciben quimioterapia para fines curativos. Pacientes con cáncer mielóide.  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para todos los usos excepto cirugía: La hemoglobina (Hgb) en pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) es inferior a 10 g/dL (menos de 9 g/dL para la anemia solo en insuficiencia cardíaca congestiva). Requisitos adicionales para MF primaria, MF post policitemia vera, MF post trombocitemia esencial: 1) El paciente tiene anemia sintomática. 2) Para la terapia inicial, el nivel de eritropoyetina sérica en pretratamiento es menor de 500mU/mL. Para la cirugía: 1) El paciente tiene programada una cirugía no vascular, no cardíaca, electiva. 2) La Hgb en pretratamiento es mayor de 10 pero no mayor de 13 g/dL.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 16 semanas  |
| <b>Otros criterios</b>                 | La cobertura según 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 (por ejemplo, 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). La cobertura incluye el uso en la anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. Los requisitos relativos a los valores de Hgb excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para reautorizaciones (el paciente recibió eritropoyetina en el mes anterior): 1) Para todos los usos, excepto la cirugía, hay un aumento de Hgb de al menos 1 g/dL después de al menos 12 semanas de tratamiento. 2) Para la anemia en enfermedad renal crónica, MDS, CHF, RA, VIH, tratamiento de hepatitis C, MF primaria, MF post policitemia vera, MF post trombocitemia esencial, o pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre: la Hgb actual es menor o igual a 12 g/dL. 3) Para la anemia por quimioterapia por cáncer de mielosupresión: la Hgb actual es menor de 11 g/dL. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ERIVEDGE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ERIVEDGE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ERLEADA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ERLEADA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ESBRIET  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ESBRIET  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para la fibrosis pulmonar idiopática (revisión inicial únicamente): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, TCAR) del tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (usual interstitial pneumonia, UIP), o 2) el estudio TCAR del tórax revela un resultado que no sea patrón de UIP (p. ej., probable UIP, UIP indeterminada), y el diagnóstico es compatible ya sea con biopsia pulmonar o mediante una consulta multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se ha realizado una biopsia pulmonar. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | FABRAZYME  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | FABRAZYME  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 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. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | FARYDAK  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | FARYDAK  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |



|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | FASENRA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | FASENRA, FASENRA PEN  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para el asma grave: Para terapia inicial: 1) Si a) el paciente tiene un recuento de eosinófilos en sangre inicial de al menos 150 células por microlitro O b) el paciente es dependiente y está en tratamiento con corticosteroides sistémicos, y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos a dosis optimizadas: a) corticosteroide inhalado y b) controlador adicional (agonista beta2 de larga duración, modificador del leucotrieno o teofilina de liberación sostenida). Para continuación de la terapia: El control del asma mejoró con el tratamiento con el medicamento solicitado, demostrado por una reducción de la frecuencia o gravedad de los síntomas y exacerbaciones, o reducción de la dosis de mantenimiento diaria de corticoesteroide por vía oral. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 12 años de edad en adelante.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | FENTANYL PATCH  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | FENTANYL  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 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 solo lo puede recetar un profesional de atención médica especializado en el uso de opioides potentes para el control de dolor crónico]. Y 4) Se evaluó y se controlará al paciente para el desarrollo de trastorno por consumo de opioides.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | FETZIMA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | FETZIMA, FETZIMA TITRATION PACK   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a dos alternativas genéricas de las siguientes clases de medicamentos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitors, ISRS) o inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, IRSN).  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | FINTEPLA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | FINTEPLA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | FIRAZYR   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ICATIBANT ACETATE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | El medicamento solicitado se está utilizando para el tratamiento 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 a) el paciente tuvo resultado positivo para la mutación del gen plasminógeno o angiopoyetina-1 o F12, O b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con antihistamínicos durante al menos un mes. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 18 años de edad en adelante.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | FORTEO  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | FORTEO  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | <p>Para osteoporosis posmenopáusica: la paciente cumple UNO de estos criterios (1 o 2): 1) Antecedentes de fracturas por fragilidad, O 2) Un puntaje T en pretratamiento menor o igual a -2.5 u osteopenia (es decir, puntaje T en pretratamiento mayor de -2.5 y menor o igual a -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 buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior inyectable (p. ej., bisphosphonate o agentes antirresortivos inyectables) O c) El miembro probó los bisphosphonate orales al menos 1 año y hay motivos clínicos para evitar el tratamiento con bisphosphonate orales. Para osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres: el paciente tiene: 1) antecedentes de fractura vertebral o de cadera osteoporótica O 2) un puntaje T en pretratamiento es menor o igual a -2.5 O 3) osteopenia (es decir, puntaje T en pretratamiento mayor de -2.5 y menor o igual a -1) con una alta probabilidad de fractura según FRAX en pretratamiento. Para la osteoporosis inducida por glucocorticoides: 1) El paciente se sometió a una prueba con bisfosfonatos orales de, al menos, 1 año de duración, a menos que el paciente presente contraindicaciones o intolerancia a un bisfosfonato oral, Y 2) El paciente presenta una de las siguientes condiciones: a) antecedentes de fractura por fragilidad, O b) puntaje T de pretratamiento inferior o igual a -2.5 O c) osteopenia (es decir, puntaje T de pretratamiento superior a -2.5 e inferior o igual a -1) con alta probabilidad de fractura FRAX en pretratamiento.</p> |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 24 meses total durante toda la vida para análogos de la hormona paratiroidea (p. ej., abaloparatide o teriparatide)   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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 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.  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | FYCOMPA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | FYCOMPA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | Convulsiones de inicio parcial: 4 años de edad en adelante. Convulsiones tónico clónicas generalizadas PRIMARIAS: 12 años de edad en adelante.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | GATTEX  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | GATTEX  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para terapia inicial por síndrome de intestino corto (short bowel syndrome, SBS): El paciente dependió de soporte parenteral durante al menos 12 meses. Para continuación por SBS: El requerimiento de soporte parenteral disminuyó desde el inicio mientras estaba en tratamiento con el medicamento solicitado. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | GILENYA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | GILENYA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | GILOTRIF   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | GILOTRIF   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Metástasis cerebral por cáncer pulmonar de células no pequeñas.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): El paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: A) El paciente tiene NSCLC escamoso metastásico que avanzó después de la quimioterapia basada en platino, O B) El paciente tiene mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR) sensibilizante conocida. Para metástasis cerebral por NSCLC, el paciente tiene una mutación EGFR sensibilizante conocida. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | GLATIRAMER   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | GLATIRAMER ACETATE, GLATOPA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Primer episodio clínico de esclerosis múltiple.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | GROWTH HORMONE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | GENOTROPIN, GENOTROPIN MINIQICK   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | Pacientes pediátricos con epífisis cerradas (excepto en pacientes con síndrome de Prader-Willi [Prader-Willi syndrome, PWS]).   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Deficiencia de la hormona de crecimiento en niños: 1) Menor de 2 años y medio, cuando corresponda: a) Altura en pretratamiento con desviación estándar mayor de 2 por debajo de la media y velocidad de crecimiento lenta. 2) Mayor de 2 años y medio: a) Altura 1 año antes del tratamiento con desviación estándar mayor de 2 por debajo de la media O b) Altura en pretratamiento con desviación estándar mayor de 2 por debajo de la media y velocidad de crecimiento en 1 año con desviación estándar mayor de 1 por debajo de la media. Deficiencia de la hormona de crecimiento en niños: 1) Dos pruebas de estimulación fallidas (pico por debajo de 10 ng/mL) antes de iniciar el tratamiento, O 2) Trastorno del CNS/pituitario (p. ej., defectos genéticos, tumores del CNS, anormalidades estructurales congénitas) y el factor de crecimiento insulínico (insulin-like growth factor, IGF-1) en pretratamiento con desviación estándar mayor de 2 por debajo de la media O 3) El paciente es neonato o fue diagnosticado con GHD al nacer. Síndrome de Turner (TS): 1) Confirmado por cariotipo Y 2) La altura previa al tratamiento es inferior al 5.º percentil para la edad. SGA: 1) Peso al nacer inferior a 2500 g a la edad gestacional (gestational age, GA) de más de 37 semanas, O peso o longitud al nacer por debajo del percentil 3 para la GA o al menos desviación estándar de 2 por debajo de la media para la GA, Y 2) No manifestó un crecimiento acorde para los 2 años de edad. GHD en adultos: 1) Dos pruebas de estimulación fallidas (pico por debajo de 5 ng/mL) o prueba con Macrilen (pico por debajo de 2.8 ng/ml) antes de iniciarse el tratamiento O 2) Anormalidad estructural del hipotálamo/pituitaria Y 3 o más deficiencias de la hormona pituitaria, O 3) GHD iniciado en la infancia con anormalidad congénita (genética o estructural) del hipotálamo/pituitaria/CNS O 4) Bajo IGF-1 en pretratamiento y falla en 1 prueba de estimulación antes de iniciarse el tratamiento. SGA: 2 años de edad en adelante. |
| <b>Restricciones de edad</b>           |   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | Endocrinólogo, endocrinólogo pediátrico, nefrólogo pediátrico, especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo/especialista en soporte nutricional, genetista.   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | Renovación para GHD en niños, TS, SGA y GHD en adultos: el paciente está experimentando una mejoría   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HAEGARDA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | HAEGARDA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para angioedema hereditario (HAE): El medicamento solicitado se está utilizando para prevención 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 tuvo resultado positivo para la mutación del gen F12, angiopoyetina 1 o plasminogen, O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con antihistamínicos durante al menos un mes.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HARVONI  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | HARVONI  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para hepatitis C crónica: Infección confirmada por presencia de ARN del 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 la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD). |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 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.   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HERCEPTIN  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | HERCEPTIN  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente con HER2 positivo, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino recurrente y avanzado con HER2 positivo. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama 6 meses Otros: Año del plan.  |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HERCEPTIN HYLECTA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | HERCEPTIN HYLECTA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.  |



|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HERZUMA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | HERZUMA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente con HER2 positivo, metástasis leptomenígea por cáncer de mama, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino recurrente y avanzado con HER2 positivo.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama 6 meses Otros: Año del plan.   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HETLIOZ   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | HETLIOZ   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para síndrome de sueño-vigilia no 24 horas: 1) para terapia inicial y continuación de terapia: a) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (por ejemplo, retinas que no funcionan) e b) incapacidad de percibir luz en ambos ojos, Y 2) si está actualmente en terapia con el medicamento solicitado, el paciente debe cumplir al menos uno de estos requisitos: a) aumento del sueño total nocturno o b) disminución de la duración de la siesta diurna. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Iniciación: 6 meses, renovación: Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HIGH RISK MEDICATION  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CYPROHEPTADINE HCL, CYPROHEPTADINE HYDROCHLOR, DIGITEK, DIGOX, DIGOXIN, GUANFACINE ER, SCOPOLAMINE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HRM-ANTICONVULSANTS   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PHENOBARBITAL, PHENOBARBITAL SODIUM   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HRM-ANTIPARKINSON   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BENZTROPINE MESYLATE, TRIHEXYPHENIDYL HCL, TRIHEXYPHENIDYL HYDROCHLO  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | <p>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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica).</p> <p>Síntomas extrapiramidales (extrapyramidal symptoms, EPS): 1) El paciente no probó el medicamento amantadine alternativo no de alto riesgo (high risk medication, HRM) Y 2) El paciente tiene una contraindicación al medicamento amantadine alternativo no HRM Y 3) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente O 4) El paciente probó el medicamento alternativo amantadine no HRM Y 5) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo amantadine no HRM Y 6) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.</p> <p>Parkinson: 1) El paciente ha probado dos medicamentos de los siguientes alternativos que no son HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole, o ropinirole. Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole Y 3) El médico debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HRM-GLYBURIDE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | GLYBURIDE, GLYBURIDE MICRONIZED, GLYBURIDE/METFORMIN HYDRO   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). 1) El paciente no probó uno de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: glipizide o metformin, Y 2) El paciente tiene una contraindicación a uno de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: glipizide o metformin Y 3) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente O 4) El paciente probó uno de los medicamentos alternativos no RHM: glipizide o metformin Y 5) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a los siguientes medicamentos alternativos no HRM: glipizide o metformn, Y 6) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HRM-HYDROXYZINE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE, HYDROXYZINE PAMOATE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 3) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente O 4) Si se los solicita para prurito, el recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HRM-HYDROXYZINE INJ   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | <p>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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica).</p> <p>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 Y 3) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente O 4) El paciente probó uno de los medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam Y 5) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam, Y 6) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.</p> <p>Ansiedad: 1) El paciente ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 3) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente O 4) Si se los solicita para náuseas/vómitos, el recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HRM-HYPNOTICS   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ESZOPICLONE, ZALEPLON, ZOLPIDEM TARTRATE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | <p>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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica).</p> <p>1) El paciente tiene una contraindicación a dos de los medicamentos alternativos de no HRM: doxepina (3 mg o 6 mg) y trazodona, Y 2) el recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente O 3) se probó un medicamento alternativo de no HRM: doxepina (3 mg o 6 mg) o trazodona Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los medicamentos alternativos de no HRM: doxepina (3 mg o 6 mg) o trazodona Y 5) el recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente</p> <p>SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULATIVOS DE TERAPIA AL AÑO.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HRM-PROMETHAZINE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PROMETHAZINE HCL, PROMETHAZINE HCL PLAIN, PROMETHAZINE HYDROCHLORID  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | <p>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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). Rinitis:</p> <p>1) El paciente probó uno de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal Y 2) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal Y 3) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente O 4) El medicamento solicitado se receta para urticaria Y 5) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente O 6) El medicamento se solicita para terapia antiemética en pacientes posoperatorios o con cinetosis Y 7) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente O 8) El medicamento solicitado se receta para cualquiera de los siguientes cuadros: conjuntivitis alérgica, dermografismo, reacción alérgica a sangre o plasma, sedación, terapia complementaria con analgésicos para dolor posoperatorio, angioedema, o terapia complementaria con epinephrine para anafilaxis después de controlar los síntomas agudos Y 9) El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.</p> |



|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HRM-SKELETAL MUSCLE RELAXANTS   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CARISOPRODOL, CYCLOBENZAPRINE HYDROCHLO, METHOCARBAMOL, VANADOM   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 3 meses   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HUMIRA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | HUMIRA, HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PS/UV STARTER   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Espondiloartritis axial.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al methotrexate (MTX) O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético dirigido (por ejemplo, tofacitinib). Para artritis poliarticular idiopática juvenil moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al MTX, O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD). Para espondilitis anquilosante y espondiloartritis axial (solo nuevos inicios): Respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroide O intolerancia o contraindicación a AINE. Para psoriasis en placas crónica moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 5 % del área de la superficie corporal (body surface area, BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (por ejemplo, pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) El paciente se encuentra con cualquiera de lo siguiente: a) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine, o acitretin, b) El tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine, o acitretin está contraindicado, c) El paciente tiene psoriasis severa que justifica un DMARD biológico como terapia de primera línea. Para enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada a al menos una terapia convencional (por ejemplo, corticosteroids) O 2) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional. Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada a al menos una terapia convencional (por ejemplo, corticosteroids, aminosalicylates) O 2) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | HYPNOTIC BENZODIAZEPINES   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TEMAZEPAM  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 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 o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). 1) Se probó un medicamento alternativo no HRM (medicamento sin alto riesgo) de los siguientes: doxepin (3mg o 6mg) o trazodone Y 2) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: doxepin (3mg o 6mg) o trazodone O 3) El paciente presenta contraindicaciones para dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: doxepin (3mg o 6mg) o trazodone Y 4) El beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que el riesgo potencial en pacientes mayores de 65 años.<br>SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULATIVOS DE TERAPIA AL AÑO. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | IBRANCE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | IBRANCE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Liposarcoma desdiferenciado/bien diferenciado.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ICLUSIG   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ICLUSIG   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Terapia de seguimiento después de trasplante de células madre hematopoyéticas (hematopoietic stem cell transplant, HSCT) para pacientes con CML y ALL.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 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.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | IDHIFA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | IDHIFA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | IMATINIB  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | IMATINIB MESYLATE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tumores desmoides, sinovitis villonodular pigmentada/tumor tenosivial de células gigantes (pigmented villonodular synovitis/tenosynovial giant cell tumor, PVNS/TGCT), cordoma, melanoma, sarcoma de Kaposi relacionado con SIDA.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 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 tirosina-cinasa. Para melanoma, mutación c-Kit positiva. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | IMBRUVICA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | IMBRUVICA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica (gastric mucosa-associated lymphoid tissue, MALT), linfoma MALT no gástrico, leucemia de células pilosas, linfoma linfoplasmocítico, linfoma folicular, linfoma del sistema nervioso central primario, linfoma de células B relacionado con SIDA, transformación histológica de linfoma de zona marginal a linfoma de células B grandes difusas, linfoma de células B grandes difusas, trastornos linfoproliferativos postrasplante.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para el linfoma de células del manto: 1) el medicamento solicitado se utilizará en un paciente que haya recibido al menos una terapia previa, O 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con rituximab como tratamiento previo a la terapia de inducción con régimen basado en RHyperCVAD (cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, y dexamethasone). Para el linfoma MALT gástrico y el linfoma MALT no gástrico: 1) la enfermedad es recurrente, refractaria o progresiva, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se usará como agente único para el avance de la enfermedad. Para linfoma de sistema nervioso central primario: la enfermedad es recidivante o refractaria. Para linfoma de zona marginal nodal o linfoma de zona marginal esplénica: 1) la enfermedad es refractaria o progresiva, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para la transformación histológica de linfoma de zona marginal en linfoma de células B grandes difusas: el medicamento solicitado se usará en pacientes que recibieron quimioinmunoterapia previa. Para linfoma de células B grandes difusas: 1) la enfermedad es refractaria o progresiva, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para linfoma de células B relacionado con SIDA: el medicamento solicitado se usará como terapia de segunda línea o posterior para recidiva de la enfermedad. Para trastornos linfoproliferativos postrasplante: 1) la enfermedad tiene reacción parcial, persistente o progresiva, Y 2) el medicamento solicitado se usará en pacientes que recibieron quimioinmunoterapia previa. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | INCRELEX  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | INCRELEX  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 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 la terapia con el medicamento solicitado (solo nuevos inicios): 1) Altura con desviación estándar igual o mayor de 3 por debajo de la media para niños de la misma edad y género, Y 2) IGF-1 basal con desviación estándar nivel 3 o más por debajo de la media para niños de la misma edad y género Y 3) la prueba de hormona de crecimiento provocativa muestra nivel de hormona de crecimiento normal o elevado. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | Para la renovación, el paciente experimenta mejoras.  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | INGREZZA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | INGREZZA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | INLYTA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | INLYTA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Carcinoma de tiroides papilar, folicular o de células de Hurthle.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para carcinoma de célula renal, el paciente tiene enfermedad recidivante, metastásica o no operable.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | INQOVI                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | INQOVI                                      |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan                                |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | INREBIC                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | INREBIC                                     |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan                                |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | IR BEFORE ER   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | HYSINGLA ER, METHADONE HCL, METHADONE HCL INTENSOL, MORPHINE SULFATE ER, NUCYNTA ER, OXYCONTIN   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 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 solo lo puede recetar un profesional de atención médica especializado en el uso de opioides potentes para el control de 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 tiene dolor continuo intenso y ha recibido un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | IRESSA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | IRESSA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Metástasis cerebral por cáncer pulmonar de células no pequeñas.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) (incluidas metástasis cerebrales por NSCLC), el paciente tiene una mutación EGFR sensibilizante conocida.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |



|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ISOTRETINOIN   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOIN, MYORISAN, ZENATANE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Acné refractario, rosácea refractaria grave, neuroblastoma, linfoma cutáneo de células T (CTCL) (por ejemplo, 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. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ITRACONAZOLE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ITRACONAZOLE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Coccidioidomicosis, Criptococosis, Microsporidiosis, Peniciliosis, Esporotricosis, Pitiriasis versicolor/Tinea versicolor, Tinea corporis/Tinea cruris, Tinea capitis, Tinea manuum/Tinea pedis.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Si es para tratamiento de onicomycosis por tinea, el diagnóstico fue confirmado por prueba diagnóstica fúngica.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 6 meses  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | IVIG  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LIQUID, GAMMAGARD S/D IGA LESS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para CLL: 1) IgG sérica inferior a 500 mg/dL, O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para BMT/HSCT: 1) Se solicita IVIG dentro de los primeros 100 días después del trasplante O 2) IgG sérica inferior a 400 mg/dL. Para infección de VIH pediátrica: 1) IgG en suero inferior a 400 mg/dL, O 2) Antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para dermatomiositis y polimiositis: 1) Se ha probado al menos un tratamiento de primera línea estándar (corticosteroids o immunosuppressants) pero no tuvo éxito o no fue tolerado O 2) el paciente no puede recibir la terapia estándar por una contraindicación u otro motivo clínico. Para PRCA: PRCA por infección de parvovirus B19. Para control de eventos adversos del sistema nervioso relacionado con inhibidores de punto inmune: 1) El paciente experimentó evento adverso moderado o grave a un inhibidor PD-1 o PD-L1, 2) Se solicitó IVIG para control de uno o más tipos de evento adverso del sistema nervioso: neumonitis, miastenia grave, neuropatía periférica, encefalitis o mielitis transversa, y 3) el medicamento causante está temporalmente suspendido o se discontinuó.<br>Para la infección pediátrica por VIH: 12 años o menos. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | JAKAFI  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | JAKAFI  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Mielofibrosis de fase de blastocitos, acelerada, o de bajo riesgo.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para policitemia vera: pacientes con respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia con interferon o hydroxyurea.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | JUXTAPID   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | JUXTAPID   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para inicio de la terapia para el tratamiento de hipercolesterolemia familiar homocigótica: 1) El paciente tiene un diagnóstico de hipercolesterolemia familiar homocigótica (homozygous familial hypercholesterolemia, HoFH) confirmado por análisis genético o criterios clínicos (ver Otros criterios), Y 2) Antes del inicio del tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente recibe o recibía régimen combinado de reducción de lípidos compuesto por al menos 2 de las siguientes opciones de tratamiento: high-intensity statin, fibrates, bile acid sequestrant, ezetimibe, o niacin, a las dosis máximas toleradas o a las dosis máximas aprobadas por la FDA, Y 3) Antes del inicio del tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente experimentó o experimentaba respuesta inadecuada a dicho régimen de combinación según lo demostrado por el colesterol de lipoproteína de baja densidad (low-density lipoprotein cholesterol, LDL-C) tratado, mayor de 100 mg/dl (o mayor de 70 mg/dL con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica). Para renovación de la terapia para el tratamiento de HoFH: 1) El paciente cumple todos los criterios iniciales Y 2) respondió a la terapia según lo demostró la reducción del LDL-C. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |

**Otros criterios**

El diagnóstico de HoFH debe ser confirmado según uno de los siguientes criterios: 1) Diagnóstico genético: Mutaciones en ambos alelos en el receptor de LDL, apolipoproteína B (ApoB), proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) o proteína adaptadora del receptor de LDL/locus del gen ARH, O 2) Diagnóstico clínico: LDL-C no tratado mayor de 500 mg/dL o LDL-C no tratado desconocido con LCL-C tratado mayor de 300 mg/dL más uno de los siguientes: a) xantomas cutáneos o de tendón hasta los 10 años de edad, o b) diagnóstico de hipercolesterolemia familiar (familiar hypercholesterolemia, FH) por análisis genético, Criterios Diagnósticos Simon-Broome o Criterios de la Red de Clínicas de Lípidos Holandesa en ambos padres, o c) Evidencia de FH en ambos padres con antecedentes que incluyan cualquiera de los siguientes: Colesterol total mayor o igual a 310 mg/dL, enfermedad cardiovascular aterosclerótica prematura (premature atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD) [antes de 55 años en hombres y 60 años en mujeres], xantoma de tendón o muerte cardíaca súbita prematura. Diagnóstico de FH confirmado por uno de los siguientes: 1) Diagnóstico genético: Una mutación del receptor de LDL, una apo B-100 defectuosa familiar o una mutación de ganancia de función PCSK9, o 2) Criterios de diagnóstico Simon-Broome para FH: Colesterol total mayor de 290 mg/dL o LDL-C mayor de 190 mg/dL, más xantoma de tendón en paciente, pariente de primer grado (padre, hermano o hijo) o de segundo grado (abuelo, tío o tía), o antecedente familiar de infarto de miocardio en pariente de primer grado antes de los 60 años o en pariente de segundo grado antes de los 50 años, o colesterol total mayor de 290 mg/dL en pariente adulto de primer o segundo grado, o colesterol total mayor de 260 mg/dL en hijo, hermano o hermana menor de 16 años, o 3) Criterios de la Red de Clínicas de Lípidos Holandesa para FH: Puntaje total superior a 5 puntos.

**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: El paciente tiene una mutación en el gen regulador de conductancia transmembrana de fibrosis quística (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator, CFTR) que responde a la potenciación de ivacaftor según datos de ensayos clínicos e in vitro. Si se desconoce el genotipo del paciente, se usará una prueba de mutación de fibrosis quística autorizada por la FDA para detectar la presencia de una mutación de CFTR.

**Restricciones de edad**

6 meses de edad en adelante

**Restricciones del recetador**

-

**Duración de la cobertura**

Año del plan

**Otros criterios**

El medicamento solicitado no se usará en combinación con lumacaftor/ivacaftor o tezacaftor/ivacaftor.

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | KANJINTI  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | KANJINTI  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente con HER2 positivo, metástasis leptomenígea por cáncer de mama, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino recurrente y avanzado con HER2 positivo. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama 6 meses Otros: Año del plan.   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | KETOCONAZOLE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | KETOCONAZOLE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Síndrome de Cushing   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | Enfermedad hepática aguda o crónica Uso actual con dofetilide, quinidine, pimozide, cisapride, methadone, disopyramide, dronedarone, ranolazine, ergot alkaloids, alprazolam o simvastatin.   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El paciente tiene uno de los siguientes diagnósticos: blastomicosis, coccidioomicosis, histoplasmosis, cromomicosis o paracoccidioomicosis, O 2) El medicamento solicitado se prescribe para un paciente con síndrome de Cushing que no puede tolerar la cirugía o la cirugía no ha sido curativa.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 6 meses   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | KEYTRUDA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | KEYTRUDA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer epitelial de ovario/cáncer de trompa de Falopio/cáncer peritoneal primario, melanoma uveal, cáncer de esófago y de unión esofagogástrica, sarcoma de Ewing, osteosarcoma, cáncer de testículos, cáncer de endometrio, anal, tumores de glándula suprarrenal, cáncer peneano, metástasis cerebral del sistema nervioso central (CNS) en pacientes con melanoma o cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), linfoma no Hodgkin, adenocarcinoma pancreático, cáncer hepatobiliar (colangiocarcinoma extrahepático, intrahepático, cáncer de vesícula). |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | KISQALI  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | KISQALI, KISQALI FEMARA 200 DOSE, KISQALI FEMARA 400 DOSE, KISQALI FEMARA 600 DOSE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para cáncer de mama: El medicamento solicitado se usa en combinación con aromatase inhibitor, fulvestrant o tamoxifen.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | KORLYM   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | KORLYM   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | KUVAN   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | KUVAN   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para fenilcetonuria: Para pacientes que no recibieron aún una prueba terapéutica del medicamento solicitado, el nivel de fenilalanina en pretratamiento del paciente incluido el control dietario es superior a 6 mg/dL (360 micromoles/L). Para los pacientes que completaron una prueba terapéutica del medicamento solicitado, el paciente debe haber experimentado una reducción en el nivel de fenilalanina en sangre mayor o igual al 30 % desde el inicio O el paciente ha demostrado una mejora en los síntomas neuropsiquiátricos. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Inicial: 2 meses Todas las demás: Año del plan.   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | LENVIMA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | 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   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer de tiroides medular  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | LETAIRIS  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | AMBRISENTAN   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de OMS) confirmada por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | LIDOCAINE PATCHES   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | LIDOCAINE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | 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]).  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | LONSURF   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | LONSURF   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para cáncer colorrectal: Enfermedad avanzada o metastásica no operable. El paciente tuvo un progreso en el tratamiento con a) Régimen FOLFOXIRI (fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin e irinotecan) O b) regímenes basados en irinotecan Y oxaliplatin.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |



|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | LORBRENA                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | LORBRENA                                    |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan                                |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | LUMIZYME   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | LUMIZYME   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para enfermedad de Pompe, diagnóstico confirmado por ensayo de enzima que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima alfa glucosidasa ácida (GAA) o por pruebas genéticas. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | LUPRON   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | LEUPROLIDE ACETATE, LUPRON DEPOT (1-MONTH), LUPRON DEPOT (3-MONTH), LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH, LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para la pubertad precoz central (central precocious puberty , CPP), los pacientes que actualmente no reciben terapia deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) Diagnóstico de CPP confirmado por: a) respuesta púber a prueba de agonista de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O nivel de pubertad de ensayo de hormona luteinizante (luteinizing hormone, LH) de tercera generación Y b) evaluación de edad ósea contra edad cronológica, y 2) El inicio de características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad en pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad en pacientes de sexo masculino. Para fibromas uterinos, la paciente cumplirá con uno de los siguientes criterios: 1) Diagnóstico de anemia (p. ej., hematocrito menor o igual al 30 % o hemoglobina menor o igual a 10g/dL), O 2) el medicamento solicitado se usará antes de la cirugía de fibroma uterino. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | Pubertad precoz central (central precocious puberty, CPP) El paciente debe tener menos de 12 años en mujeres y menos de 13 años en varones.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Fibromas: 3 meses (mes), máximo 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo 12 meses en total. Otras: Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | LYNPARZA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | LYNPARZA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para cáncer de mama metastásico, recurrente o de HER2 negativo, el paciente debe tener mutación BRCA de línea germinal perjudicial o sospechosa.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | LYRICA CR  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | LYRICA CR  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
|  |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | MAVYRET  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | MAVYRET  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | Cirrosis descompensada/trastorno hepático moderado o grave (Child Turcotte Pugh clase B o C)   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para hepatitis C crónica: Infección confirmada por presencia de ARN del 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 la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD). |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Se aplican los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
|  |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | MEGESTROL  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | MEGESTROL ACETATE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | MEKINIST   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | MEKINIST   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Metástasis cerebral por melanoma, melanoma uveal.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para metástasis cerebral por melanoma, tumor con resultado positivo para la mutación de activación de BRAF V600 y el medicamento solicitado se usará en combinación con dabrafenib. Para el tratamiento adyuvante de melanoma, tumor con resultado positivo para la mutación de activación de BRAF V600 y el medicamento solicitado se usará en combinación con dabrafenib. Para melanoma metastásico o inoperable, tumor con resultado positivo para la mutación de activación de BRAF V600 y el medicamento solicitado se usará en combinación con dabrafenib. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas, tumor con resultado positivo para la mutación de BRAF V600E y el medicamento solicitado se usará en combinación con dabrafenib. Para cáncer de tiroides anaplásico, tumor con resultado positivo para la mutación de BRAF V600E y el medicamento solicitado se usará en combinación con dabrafenib. Para melanoma uveal: el medicamento solicitado se usará como agente único. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | MEKTOVI  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | MEKTOVI  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | MEMANTINE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | MEMANTINE HCL TITRATION P, MEMANTINE HYDROCHLORIDE, MEMANTINE HYDROCHLORIDE E   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | Esta edición solo se aplica a pacientes menores de 30 años.   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | MIGLUSTAT   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | MIGLUSTAT   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 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. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | MVASI  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | MVASI  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer de mama, tipos de tumor del sistema nervioso central (central nervous system, CNS); gliomas anaplásicos y ependimoma espinal e intracraneal en adultos; mesotelioma pleural maligno, tumores malignos del cordón ovárico-estroma, tipos de sarcoma de tejido blando: Sarcoma de Kaposi relacionado con SIDA, angiosarcoma y hemangiopericitoma/tumor fibroso solitario, cáncer uterino, cáncer de endometrio, edema macular diabético, degeneración macular relacionada con la edad neovascular (húmeda) incluida coroidopatía polipoidea y proliferación angiomatosa retiniana, edema macular por oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NAGLAZYME  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NAGLAZYME  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Diagnóstico de mucopolisacaridosis VI confirmada por ensayo de enzima que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o por pruebas genéticas.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NATPARA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NATPARA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | Hipoparatiroidismo posoperatorio agudo (dentro de los 6 meses de cirugía) y expectativa de recuperación de hipoparatiroidismo.  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NERLYNX   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NERLYNX   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Metástasis cerebral.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NEXAVAR   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NEXAVAR   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Leucemia mieloide aguda, sarcoma de tejido blando (angiosarcoma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva, tumor de estroma gastrointestinal, tumor fibroso solitario, y hemangiopericitoma), cáncer de tiroides medular, osteosarcoma, cordoma.         |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para carcinoma de tiroides: la histología es folicular, papilar, de células de Hurthle o medular. Para la leucemia mieloide aguda: 1) la enfermedad es recidivante o refractaria, y 2) el paciente tiene una enfermedad con mutación positiva FLT3-ITD. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NICOTINE REPLACEMENT PRODUCTS  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CVS NICOTINE POLACRILEX, GNP NICOTINE GUM, GNP NICOTINE MINI LOZENGE, GNP NICOTINE POLACRILEX, GNP NICOTINE POLACRILEX M, GNP NICOTINE TRANSDERMAL, GOODSENSE NICOTINE GUM, GOODSENSE NICOTINE POLACR, HM NICOTINE POLACRILEX, HM NICOTINE TRANSDERMAL S, NICORELIEF, NICOTINE POLACRILEX, NICOTINE TRANSDERMAL SYST, SM NICOTINE, SM NICOTINE POLACRILEX, SM NICOTINE TRANSDERMAL S |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | -  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | -  |
| <b>Otros criterios</b>                 | Usos cubiertos: todas las indicaciones aprobadas por la FDA<br>Información médica requerida: el paciente es parte de un tratamiento integral para dejar de fumar, que incluye soporte para la modificación del comportamiento.<br>Duración de la cobertura: para parches, 12 meses; para pastillas o goma de mascar, 28 semanas  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NINLARO  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NINLARO  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para mieloma múltiple: El medicamento solicitado se usará en combinación con terapia de lenalidomide y dexamethasone, O pomalidomide y dexamethasone, O dexamethasone.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |



|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NITYR  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NITYR  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para tirosinemia hereditaria tipo 1: Diagnóstico de tirosinemia hereditaria tipo 1 confirmado por uno de los siguientes: 1) análisis bioquímico (p. ej., detección de succinylacetone en orina) o 2) prueba de ADN (análisis de mutación).   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NORTHERA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NORTHERA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Antes de la terapia inicial por hipotensión ortostática neurogénica (neurogenic orthostatic hypotension, NOH), el paciente tiene disminución consistente 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. Para continuación de la terapia para NOH, el paciente debe experimentar una reducción sostenida de los mareos. Para terapia inicial y continuación de la terapia para NOH, el medicamento solicitado se usará en pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada con uno de los siguientes diagnósticos: 1) Falla autonómica primaria debido a enfermedad de Parkinson, atrofia de múltiples sistemas, o falla autonómica pura O 2) deficiencia de dopamina betahidroxilasa O 3) neuropatía autonómica no diabética. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 3 meses  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NUBEQA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NUBEQA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NUCALA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NUCALA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para el tratamiento inicial del asma grave: 1) Si a) el paciente tiene un recuento de eosinófilos en sangre inicial de al menos 150 células por microlitro O b) el paciente es dependiente y está en tratamiento con corticosteroides sistémicos, y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos a dosis optimizadas: a) corticosteroide inhalado y b) controlador adicional (agonista beta2 de larga duración, modificador del leucotrieno o teofilina de liberación sostenida). Para el tratamiento de continuación del asma grave: El control del asma mejoró con el tratamiento con el medicamento solicitado, demostrado por una reducción de la frecuencia o gravedad de los síntomas y exacerbaciones, o reducción de la dosis de mantenimiento diaria de corticosteroid por vía oral. Para terapia inicial para granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (eosinophilic granulomatosis with polyangiitis, EGPA): El paciente tiene antecedentes o presencia de recuento de eosinófilos mayor de 1000 células por microlitro o eosinófilos en sangre superiores al 10 %. Para continuación de la terapia por EGPA: El paciente tiene respuesta beneficiosa al tratamiento con el medicamento solicitado, demostrado por alguno de los siguientes: 1) Reducción de la frecuencia de recidivas, 2) reducción de la dosis diaria de corticosteroid oral, o 3) inexistencia de vasculitis activa. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | Asma: 6 años de edad en adelante. EGPA: 18 años de edad en adelante.   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NUEDEXTA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NUEDEXTA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | NUPLAZID   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NUPLAZID   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Se debe hacer el diagnóstico de Parkinson: antes del inicio de los síntomas psicóticos.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | OCTREOTIDE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | OCTREOTIDE ACETATE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Meningiomas, timomas y carcinomas de timo, y tumores neuroendócrinos (NET) del tracto gastrointestinal, timo, pulmón y páncreas.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para acromegalia (inicial): 1) El paciente tiene alto nivel de factor de crecimiento insulínico 1 (IGF-1) en pretratamiento para la edad o 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 razón clínica para que el paciente no haya sido sometido a cirugía o radioterapia. Para meningiomas: el paciente tiene una enfermedad no operable. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | Para acromegalia (continuación de la terapia): el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.   |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ODOMZO   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ODOMZO   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | OFEV   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | OFEV   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para la fibrosis pulmonar idiopática (revisión inicial únicamente): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, TCAR) del tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (usual interstitial pneumonia, UIP), o 2) el estudio TCAR del tórax revela un resultado que no sea patrón de UIP (p. ej., probable UIP, UIP indeterminada), y el diagnóstico es compatible ya sea con biopsia pulmonar o mediante una consulta multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se ha realizado una biopsia pulmonar. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | OGIVRI   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | OGIVRI   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente con HER2 positivo, metástasis leptomenígea por cáncer de mama, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino recurrente y avanzado con HER2 positivo.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama 6 meses Otros: Año del plan.  |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ONTRUZANT   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ONTRUZANT   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente con HER2 positivo, metástasis leptomenígea por cáncer de mama, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino recurrente y avanzado con HER2 positivo.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama 6 meses Otros: Año del plan.   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | OPSUMIT   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | OPSUMIT   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de OMS) confirmada por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ORAL-INTRANASAL FENTANYL   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | FENTANYL CITRATE ORAL TRA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El medicamento solicitado está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo relacionado con CÁNCER únicamente. El medicamento solicitado se receta para el control de dolor irruptivo en pacientes con CÁNCER que actualmente reciben terapia con opioides las 24 horas por dolor subyacente del CÁNCER. [Nota: Asegurarse de que el paciente tenga tolerancia a opioides. Se considera que el paciente tiene tolerancia a opioides cuando toma los siguientes medicamentos las 24 horas: al menos 60 mg de morphine por vía oral por día, al menos 25 mcg por hora de fentanyl transdérmico, al menos 30 mg de oxycodone oral por día, al menos 60 mg de hydrocodone oral por día, al menos 8 mg de hydromorphone oral por día, al menos 25 mg de oxymorphone oral por día o una dosis equianalgésica de otro opioide diario durante una semana o más]. Y 2) El código de diagnóstico de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) suministrado fundamenta el diagnóstico de RELACIÓN CON EL CÁNCER. [Nota: Para la aprobación de la cobertura de medicamentos, el código de diagnóstico de la CIE DEBE fundamentar el diagnóstico de RELACIÓN CON EL CÁNCER]. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ORFADIN  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | NITISINONE, ORFADIN  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para tirosinemia hereditaria tipo 1: Diagnóstico de tirosinemia hereditaria tipo 1 confirmado por uno de los siguientes: 1) análisis bioquímico (p. ej., detección de succinylacetone en orina) o 2) prueba de ADN (análisis de mutación).   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ORKAMBI   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ORKAMBI   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para fibrosis quística: el paciente tiene mutación F508del en ambos alelos del gen regulador de conductancia transmembrana de fibrosis quística (CFTR). |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 2 años de edad en adelante.   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | El medicamento solicitado no se usará en combinación con ivacaftor o tezacaftor/ivacaftor.  |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | OSPHENA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | OSPHENA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | OXANDROLONE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | OXANDROLONE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Caquexia asociada con SIDA (desgaste de VIH) o para mejorar el crecimiento en pacientes con Síndrome de Turner.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 6 meses   |
| <b>Otros criterios</b>                 | Se denegará la cobertura si la solicitud es para una indicación excluida de la Parte D.   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | PEGASYS  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PEGASYS, PEGASYS PROCLICK  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Neoplasma mieloproliferativo (trombocitemia esencial, policitemia vera, mielofibrosis primaria y mielofibrosis post policitemia vera o post trombocitemia esencial).   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para hepatitis C crónica (chronic hepatitis C, CHC): Infección de CHC confirmada por presencia de ARN del 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 la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de AASLD -IDSA. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Se aplican los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA. Virus de la hepatitis B (Hepatitis B virus, HBV)= 48 semanas. Otros= Año del plan.  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | PEMAZYRE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PEMAZYRE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | PHENYLBUTYRATE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SODIUM PHENYLBUTYRATE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para trastorno del ciclo de la urea: Diagnóstico de trastorno del ciclo de la urea (urea cycle disorder, UCD) confirmado por prueba enzimática, bioquímica o genética.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |



|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | PHESGO   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PHESGO   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama 6 meses Otros: Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | PIQRAY   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PIQRAY 200MG DAILY DOSE, PIQRAY 250MG DAILY DOSE, PIQRAY 300MG DAILY DOSE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | POMALYST   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | POMALYST   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Amiloidosis de cadena ligera sistémica, sarcoma de Kaposi relacionado con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para mieloma múltiple: El paciente ha recibido previamente al menos dos terapias para mieloma múltiple, incluido un agente inmunomodulador Y un inhibidor de proteosoma. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | PRALUENT   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PRALUENT   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | PREGABALIN   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PREGABALIN   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Dolor neuropático relacionado con cáncer, o con el tratamiento para el cáncer.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El medicamento solicitado se receta para control de neuralgia posherpética, dolor neuropático asociado con neuropatía periférica diabética, dolor neuropático relacionado con el cáncer o con su tratamiento, Y 2) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a gabapentin O 3) El medicamento solicitado se receta como terapia adyuvante para convulsiones de inicio parcial O 4) El medicamento solicitado se receta para control de fibromialgia o control de dolor neuropático asociado con lesión de la médula espinal. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | PRENATAL VITAMINS OTC  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ALIVE PRENATAL MULTI-VITA, BRAINSTRONG PRENATAL, CENTRUM SPECIALIST PRENAT, CLASSIC PRENATAL, CVS PRENATAL, CVS PRENATAL MULTI+DHA, ENFAMIL EXPECTA, GNP PRENATAL, GOODSENSE PRENATAL VITAMI, KP PRENATAL MULTIVITAMINS, KPN PRENATAL, MTERYTI, MTERYTI FOLIC 5, MULTI PRENATAL, OBTREX DHA, ONE A DAY WOMENS PRENATAL, PRENATAL, PRENATAL + COMPLETE MULTI, PRENATAL FORMULA, PRENATAL FORMULA A-FREE, PRENATAL GUMMIES/DHA & FO, PRENATAL LOW IRON, PRENATAL MULTI + DHA, PRENATAL MULTIVITAMIN PLU, PRENATAL ONE DAILY, PRENATAL TABLETS, PRENATAL VITAMIN, PRENATAL VITAMIN & MINERA, PRENATAL VITAMINS, SM ONE DAILY PRENATAL, SM PRENATAL VITAMINS, STUART ONE, THERANATAL ONE, THERANATAL OVAVITE |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | -  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | -  |
| <b>Otros criterios</b>                 | Usos cubiertos, todas las indicaciones aprobadas por la FDA<br>Información médica requerida: la paciente tiene un resultado positivo en la prueba de embarazo realizada por el médico.<br>Duración de la cobertura: 12 meses   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | PROMACTA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PROMACTA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | <p>Para trombocitopenia inmune (immune thrombocytopenia, ITP) persistente o crónica:</p> <p>1) Para nuevos inicios: a) El paciente tuvo respuesta inadecuada o intolerancia a terapias anteriores como corticosteroids, inmunoglobulins Y b) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento previo al inicio de tratamiento con el medicamento solicitado es menor de 30,000/mcL O 30,000-50,000/mcL con sangrado sintomático o factor(es) de riesgo de sangrado. 2) Para continuación de la terapia, la respuesta de recuento de plaquetas al medicamento solicitado: a) Recuento de plaquetas actual menor o igual a 200,000/mcL O b) Recuento de plaquetas actual superior a 200,000/mcL y dosis a ajustar al recuento de plaquetas lo suficientemente como para evitar sangrado clínicamente importante. Para trombocitopenia asociada a hepatitis C crónica: 1) Para nuevos inicios: el medicamento solicitado se usa para iniciar o mantener la terapia con interferon. 2) Para continuación de la terapia: el paciente recibe terapia con interferon. Para anemia aplásica grave (aplastic anemia, AA): Para continuación de la terapia después de la aprobación inicial de 6 meses para anemia aplásica grave: El paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) Recuento de plaquetas actual es 50,000-200,000/mcL, O 2) El recuento de plaquetas es menor de 50,000/mcL, y el paciente no recibió terapia adecuadamente ajustada 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 la dosis se ajustará para lograr y mantener un recuento de plaquetas objetivo adecuado.</p> |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | HCV: 6 meses, ITP/AA inicial: 6 meses, ITP REAUTORIZACIÓN: Año del plan, AA reautorización: APR-Año del plan, IPR-16 semanas   |
| <b>Otros criterios</b>                 | APR: respuesta plaquetaria adecuada (mayor de 50,000/mcL). IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (menos de 50,000/mcL).  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | PULMOZYME   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | PULMOZYME   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para fibrosis quística: Diagnóstico de fibrosis quística confirmado por pruebas genéticas o diagnósticas adecuadas.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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. |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | QINLOCK   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | QINLOCK   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | QUETIAPINE XR   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | QUETIAPINE FUMARATE ER  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tratamiento de monoterapia de mantenimiento para trastorno bipolar I, tratamiento de monoterapia para trastorno generalizado de ansiedad, tratamiento de monoterapia para trastorno depresivo mayor.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para esquizofrenia, tratamiento agudo de episodios maníacos o combinados asociados con trastorno bipolar I, como monoterapia y como complementaria de lithium o divalproex, el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados con trastorno bipolar, tratamiento de mantenimiento de trastorno bipolar I, como complemento de lithium o divalproex, tratamiento complementario de trastorno depresivo mayor, o tratamiento de monoterapia de mantenimiento en trastorno bipolar I. El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: aripiprazole, lurasidone, olanzapine, paliperidone, quetiapine immediate-release, risperidone o ziprasidone |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | QUININE SULFATE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | QUININE SULFATE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Babesiosis, malaria Plasmodium vivax sin complicaciones.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 1 mes   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | REGRANEX   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | REGRANEX   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para el tratamiento de úlceras neuropáticas diabéticas de extremidades inferiores que se extienden al tejido subcutáneo o más allá, y con flujo sanguíneo adecuado.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 20 semanas   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | RELISTOR INJ   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | RELISTOR   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El medicamento solicitado se receta para estreñimiento inducido por opioides en paciente adulto con enfermedad avanzada o dolores causados por cáncer activo que requiere aumento de la dosis de opioides para cuidados paliativos, O 2) El medicamento solicitado se receta para estreñimiento inducido por opioides en paciente adulto con dolor crónico no por cáncer, incluido el dolor crónico relacionado con cáncer previo o su tratamiento que no requiere de aumento frecuente (p. ej., semanal) de la dosis de opioides Y 3) El paciente no puede tolerar los medicamentos orales O 4) Se probó un medicamento por vía oral indicado para estreñimiento inducido por opioides en paciente adulto con dolor crónico no por cáncer. (Nota: los ejemplos son Amitiza o Movantik) Y 5) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento por vía oral indicado para estreñimiento inducido por opioides en paciente adulto con dolor crónico no por cáncer. (Nota: los ejemplos son Amitiza o Movantik) O 6) El paciente tiene contraindicado un medicamento por vía oral indicado para estreñimiento inducido por opioides en paciente adulto con dolor crónico no por cáncer (Nota: los ejemplos son Amitiza o Movantik). |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 4 meses  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | REMICADE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | REMICADE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Espondiloartritis axial, síndrome de Behcet, granulomatosis con poliangeitis (granulomatosis de Wegener) hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenoso, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente tiene enfermedad fistulizante O 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a inhibidor de factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor, TNF) autoinyectable. Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada a al menos una terapia convencional (por ejemplo, corticosteroids, aminosalicylates) O 2) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional. Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Se utilizará en combinación con methotrexate (MTX) o leflunomide O el paciente tiene intolerancia o contraindicación de MTX o leflunomide Y 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a inhibidor de factor de necrosis tumoral (TNF) autoinyectable o a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) (p. ej., tofacitinib). Para espondilitis anquilosante y espondiloartritis axial (solo nuevos inicios): Respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroide O intolerancia o contraindicación a AINE. Para psoriasis en placas crónica moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 5 % del área de la superficie corporal (BSA) afectada O áreas del cuerpo cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) afectadas al momento del diagnóstico Y 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a inhibidor de TNF autoinyectable. Para artritis idiopática juvenil (solo nuevos inicios): Respuesta inadecuada o intolerancia a TNF autoinyectable. Para hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): el paciente tiene enfermedad refractaria grave. Para uveítis (solo para nuevos inicios): El paciente experimentó respuesta inadecuada o intolerancia o tiene contraindicada una prueba de terapia inmunosupresora para uveítis. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |



|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | RENFLEXIS   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | RENFLEXIS   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Espondiloartritis axial, síndrome de Behcet, granulomatosis con poliangeitis (granulomatosis de Wegener) hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenoso, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente tiene enfermedad fistulizante O 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a inhibidor de factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor, TNF) autoinyectable. Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada a al menos una terapia convencional (por ejemplo, corticosteroids, aminosalicylates) O 2) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional. Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Se utilizará en combinación con methotrexate (MTX) o leflunomide O el paciente tiene intolerancia o contraindicación de MTX o leflunomide Y 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a inhibidor de factor de necrosis tumoral (TNF) autoinyectable o a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) (p. ej., tofacitinib). Para espondilitis anquilosante y espondiloartritis axial (solo nuevos inicios): Respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroide O intolerancia o contraindicación a AINE. Para psoriasis en placas crónica moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 5 % del área de la superficie corporal (BSA) afectada O áreas del cuerpo cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) afectadas al momento del diagnóstico Y 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a inhibidor de TNF autoinyectable. Para artritis idiopática juvenil (solo nuevos inicios): Respuesta inadecuada o intolerancia a TNF autoinyectable. Para hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): el paciente tiene enfermedad refractaria grave. Para uveítis (solo para nuevos inicios): El paciente experimentó respuesta inadecuada o intolerancia o tiene contraindicada una prueba de terapia inmunosupresora para uveítis. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | RETEVMO   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | RETEVMO   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer pulmonar de células no pequeñas positivo con reacomodamiento durante la transfección (RET) recurrente o avanzado   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todos los siguientes criterios: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, y 2) el tumor es positivo para la fusión del gen RET o positivo para el reacomodamiento del gen RET.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | Cáncer pulmonar de células no pequeñas: 18 años de edad en adelante. Cáncer de tiroides medular y cáncer de tiroides: 12 años de edad en adelante.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | REVLIMID  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | REVLIMID  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Amiloidosis de cadena ligera sistémica, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin anomalía citogenética de eliminación de 5q, anemia asociada con mielofibrosis, síndrome de POEMS, linfoma no Hodgkin con los siguientes subtipos: linfoma de células B grandes difusas relacionado con SIDA, linfoma del sistema nervioso central (CNS) primario, trastorno linfoproliferativo postrasplante monomórfico, leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células B grandes difusas, linfoma de tejido linfoide asociado con mucosa gástrica/no gástrica (MALT), linfoma de células B cutáneo primario, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de células T en adultos, micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma de células T angioinmunoblástico (AITL), linfoma de células T periférico no especificado de otro modo (PTCL NOS), linfoma de células T asociado a enteropatía, linfoma de células T intestinal epiteliotrópico monomórfico, linfoma de células T periférico nodal, linfoma de células T folicular, linfoma de células grandes anaplásico cutáneo primario (ALCL). |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para síndrome mielodisplásico (MDS): MDS de riesgo 1 bajo a intermedio con anemia sintomática.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | RINVOQ   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | RINVOQ   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1)<br>Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al methotrexate (MTX) O 2)<br>Respuesta inadecuada o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la<br>enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético dirigido (por ejemplo,<br>tofacitinib). |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | RITUXAN   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | RITUXAN   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (small lymphocytic lymphoma, SLL), linfoma de células de manto, linfomas de zona marginal (nodal, esplénica, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de células B cutáneo primario, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con SIDA, leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (post-transplant lymphoproliferative disorder, PTLD)], púrpura trombocitopénica idiopática o inmune refractaria (ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia/linfoma linfoplasmocítico de Waldenstrom, enfermedad crónica injerto contra huésped (graft-versus-host disease, GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (predominante linfocito nodular), linfoma de CNS primario, metástasis leptomeníngicas de los linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención de PTLD relacionado con virus de Epstein-Barr (Epstein-Barr Virus, EBV), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con inhibidor de punto inmune, y miopatía inflamatoria refractaria idiopática. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): A) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX) a menos que esté contraindicado o no sea tolerado, Y B) El paciente tiene respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al inhibidor de factor de necrosis tumoral (TNF) autoinyectable o a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) (p. ej., tofacitinib). Las malignidades hematológicas deben ser CD20 - positivo. Para esclerosis múltiple: A) El paciente tiene diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante- remitente y B) El paciente tuvo respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad para esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Toxicidades relacionadas con inhibidor de punto inmune: 3 meses. Todas las demás:<br>Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | RITUXAN HYCELA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | RITUXAN HYCELA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Linfoma de células B relacionado con SIDA, linfoma de Burkitt, enfermedad de Castleman (CD), linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma MALT gástrico, linfoma de células de manto, linfoma de zona marginal nodal, linfoma MALT no gástrico, linfoma de células B cutáneo primario (p. ej., linfoma de zona marginal cutáneo o de centro folicular cutáneo), trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma de zona marginal esplénica. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 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.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ROZLYTREK  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ROZLYTREK  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | RUBRACA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | RUBRACA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | RUXIENCE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | RUXIENCE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (small lymphocytic lymphoma, SLL), linfoma de células de manto, linfomas de zona marginal (nodal, esplénica, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de células B cutáneo primario, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con SIDA, leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (post-transplant lymphoproliferative disorder, PTLD)], púrpura trombocitopénica idiopática o inmune refractaria (ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia/linfoma linfoplasmocítico de Waldenstrom, enfermedad crónica injerto contra huésped (graft-versus-host disease, GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (predominante linfocito nodular), linfoma de CNS primario, metástasis leptomeníngicas de los linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención de PTLD relacionado con virus de Epstein-Barr (Epstein-Barr Virus, EBV), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con inhibidor de punto inmune, y miopatía inflamatoria refractaria idiopática. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): A) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX) a menos que esté contraindicado o no sea tolerado, Y B) El paciente tiene respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al inhibidor de factor de necrosis tumoral (TNF) autoinyectable o a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) (p. ej., tofacitinib). Las malignidades hematológicas deben ser CD20 - positivo. Para esclerosis múltiple: A) El paciente tiene diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante- remitente y B) El paciente tuvo respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad para esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Toxicidades relacionadas con inhibidor de punto inmune: 3 meses. Todas las demás:<br>Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | RYDAPT  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | RYDAPT  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Leucemia mieloide aguda refractaria o recidivante   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para la leucemia mieloide aguda (AML), debe tener mutación FLT3 positiva.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 18 años de edad en adelante.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SIGNIFOR  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SIGNIFOR  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SILDENAFIL  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SILDENAFIL CITRATE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de OMS), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SIRTURO   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SIRTURO   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 6 meses   |
| <b>Otros criterios</b>                 | El medicamento solicitado no se receta para el tratamiento de infección latente debido a tuberculosis micobacteriana, tuberculosis sensible a medicamentos, tuberculosis extrapulmonar, o infección causada por micobacteria no tuberculosa.  |
|  |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SKYRIZI   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SKYRIZI   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 5 % del área de la superficie corporal (body surface area, BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (por ejemplo, pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) El paciente se encuentra con cualquiera de los siguientes casos: a) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) El tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado o c) El paciente tiene psoriasis severa que justifica un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico como terapia de primera línea. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 18 años de edad en adelante.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |



|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SOMATULINE DEPOT   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SOMATULINE DEPOT   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tumores neuroendócrinos (NET) del tracto gastrointestinal, timo, pulmón y páncreas.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para acromegalia (inicial): 1) El paciente tiene alto nivel de factor de crecimiento insulínico 1 (IGF-1) en pretratamiento para la edad o 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 razón clínica para que el paciente no haya sido sometido a cirugía o radioterapia. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | Para continuación de terapia de acromegalia: el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SOMAVERT   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SOMAVERT   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para acromegalia (inicial): 1) El paciente tiene alto nivel de factor de crecimiento insulínico 1 (IGF-1) en pretratamiento para la edad o 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 razón clínica para que el paciente no haya sido sometido a cirugía o radioterapia. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | Para continuación de terapia de acromegalia: el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SPRYCEL   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SPRYCEL   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tumor de estroma gastrointestinal (GIST)  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para leucemia mielógena crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda (ALL), diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML, 1) el paciente recibió trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) el paciente tiene CML de fase de blastocitos o acelerada, O 3) Para CML de fase crónica, el paciente cumple uno de los siguientes criterios a) el paciente tiene 21 años de edad como máximo o b) el paciente tiene riesgo alto o intermedio de avance de la enfermedad, o c) bajo riesgo de avance de la enfermedad y experimentó resistencia, intolerancia o toxicidad con imatinib o un inhibidor alternativo de la tirosina-cinasa. Si el paciente experimentó resistencia a imatinib o a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para CML, el paciente tiene mutación T315I negativa. Para GIST, el paciente debe haber tenido un progreso con imatinib, sunitinib o regorafenib. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | STELARA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | STELARA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 5 % del área de la superficie corporal (BSA) afectada O áreas del cuerpo cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) afectadas al momento del diagnóstico Y 2) el paciente tuvo respuesta inadecuada o intolerancia o contraindicación a Humira. Para artritis psoriásica activa (PsA) (solo nuevos inicios): el paciente tuvo respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a Humira o Xeljanz/Xeljanz XR. Para enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): el paciente tuvo respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a Humira. Para enfermedad de colitis ulcerosas de moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): el paciente tuvo respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a Humira o Xeljanz.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | Psoriasis en placas: 6 años de edad en adelante. Todas las otras indicaciones: 18 años de edad en adelante.   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | STIVARGA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | STIVARGA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tumor de estroma gastrointestinal (GIST) progresivo   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para cáncer colorrectal: Enfermedad avanzada o metastásica no operable. El paciente tuvo un progreso en el tratamiento con 1) Régimen FOLFOXIRI (fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin, e irinotecan) O 2) regímenes basados en irinotecan Y oxaliplatin. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SUTENT  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SUTENT  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Carcinoma de tiroides (folicular, papilar, células de Hurthle o medular), sarcoma de tejido blando (angiosarcoma, tumor fibroso solitario y hemangiopericitoma), cordoma, carcinoma del timo.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para carcinoma de célula renal: 1) La enfermedad es recidivante, no operable o metastásica, O 2) El paciente tiene alto riesgo de recurrencia de la enfermedad después de la nefrectomía.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SYLATRON  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SYLATRON  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Mielofibrosis, policitemia vera, trombocitemia esencial, mastocitosis sistémica.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SYMDEKO   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SYMDEKO   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para fibrosis quística (CF): El paciente tiene mutación F508del positiva en ambos alelos del gen CFTR O el paciente tiene mutación en el gen CFTR con respuesta a la potenciación con tezacaftor/ivacaftor según datos de ensayos clínicos o in vitro. Si se desconoce el genotipo del paciente, se usará una prueba de mutación de fibrosis quística (cystic fibrosis, CF) autorizada por la FDA para detectar la presencia de CFTR. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 6 años de edad en adelante.   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | Symdeko no se usará en combinación con Orkambi o Kalydeco.  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SYMPAZAN  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SYMPAZAN  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 2 años de edad en adelante.   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | SYNRIBO   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | SYNRIBO   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Terapia de seguimiento para pacientes con CML después de trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT), tratamiento de pacientes con CML crónica con mutación T315I.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TABRECTA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TABRECTA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tratamiento del cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente o avanzado.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para el NSCLC recurrente, avanzado o metastásico: El tumor es positivo para la mutación de salto de exón 14 de la transición epitelial-mesenquimal (MET).  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TAFINLAR   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TAFINLAR   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Metástasis cerebral por melanoma, carcinoma de tiroides (papilar, folicular, y de células de Hurthle).   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para metástasis cerebral por melanoma, tumor con resultado positivo para la mutación de activación de BRAF V600 y el medicamento solicitado se usará en combinación con trametinib. Para el tratamiento adyuvante de melanoma, tumor con resultado positivo para la mutación de activación de BRAF V600 y el medicamento solicitado se usará en combinación con trametinib. Para melanoma metastásico o inoperable, tumor con resultado positivo para la mutación de activación de BRAF V600 y el medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con trametinib. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas, tumor con resultado positivo para la mutación de BRAF V600E y el medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con trametinib. Para carcinoma de tiroides, el tumor tiene resultado positivo para la mutación de activación de BRAF con histología papilar, folicular o de Hurthle. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TAGRISSO  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TAGRISSO  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer pulmonar de células no pequeñas recurrente o metastásico con mutación positiva del receptor de factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (EGFR), metástasis cerebral por cáncer pulmonar de células no pequeñas. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) metastásico o recurrente, el paciente debe tener NSCLC con mutación positiva del EGFR (incluida metástasis cerebral por cáncer pulmonar de células no pequeñas).          |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TALZENNA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TALZENNA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TARCEVA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ERLOTINIB HYDROCHLORIDE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cordoma, carcinoma de célula renal (RCC), metástasis cerebral por cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC).   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para NSCLC (incluida metástasis cerebral por NSCLC), el paciente tiene una mutación EGFR sensibilizante conocida. Para cáncer de páncreas, la enfermedad está localmente avanzada, es metastásica o no operable.              |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TASIGNA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TASIGNA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), tumor de estroma gastrointestinal (GIST).   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para leucemia mielógena crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda (ALL), diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML, 1) el paciente recibió trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) el paciente tiene CML de fase de blastocitos o acelerada, O 3) Para CML de fase crónica, el paciente cumple uno de los siguientes criterios: a) el paciente tiene 18 años de edad como máximo, b) el paciente tiene riesgo alto o intermedio de avance de la enfermedad, o c) bajo riesgo de avance de la enfermedad y experimentó resistencia, intolerancia o toxicidad con imatinib o un inhibidor alternativo de la tirosina-cinasa. Si el paciente experimentó resistencia a imatinib o a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para CML, el paciente tiene mutación T315I negativa. Para GIST, el paciente debe haber progresado con imatinib, sunitinib o regorafenib. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TAZAROTENE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TAZAROTENE, TAZORAC   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para la psoriasis en placas, el medicamento solicitado se prescribe para tratar menos del 20 % de la superficie corporal del paciente.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TAZVERIK  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TAZVERIK  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | Sarcoma epitelioides: 16 años de edad en adelante, linfoma folicular: 18 años de edad en adelante.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TECENTRIQ   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TECENTRIQ   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): El paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) El medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de primera línea para el NSCLC con una alta expresión de ligando 1 de muerte programada (PD-L1) (tinción de PD-L1 superior o igual al 50 % de las células tumorales) sin aberraciones genómicas del receptor de factor de crecimiento epidérmico (EGFR) ni de cinasa de linfoma anaplásico (ALK); O 2) la enfermedad se agravó durante o después de la quimioterapia citotóxica; O 3) el paciente presenta una mutación positiva del EGFR, ALK positivo o reacomodamiento del gen oncogen 1 c-ros positivo (ROS1) y experimentó un agravamiento de la enfermedad bajo un tratamiento específico aprobado por la FDA (p. ej., erlotinib, afatinib, gefitinib, crizotinib, ceritinib) antes de recibir el medicamento solicitado; O 4) el paciente presenta histología no escamosa y EGFR negativo, ALK negativo, cáncer pulmonar de células no pequeñas con ROS1 negativo. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |



|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TESTOSTERONE CYPIONATE INJ   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TESTOSTERONE CYPIONATE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Disforia de género en pacientes varones transgénero  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga un nivel bajo de testosterona confirmado según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar antes del inicio de la terapia con testosterona, O 2) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga al menos dos niveles de testosterona bajos confirmados según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar O 3) El medicamento solicitado se receta para disforia de género en paciente varón transgénero y que puede tomar una decisión informada y madura de someterse a la terapia. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TESTOSTERONE ENANTHATE INJ   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TESTOSTERONE ENANTHATE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Disforia de género en pacientes varones transgénero.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga un nivel bajo de testosterona confirmado según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar antes del inicio de la terapia con testosterona, O 2) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga al menos dos niveles de testosterona bajos confirmados según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar O 3) El medicamento solicitado se receta para cáncer de mama metastásico inoperable en paciente con 1 a 5 años de posmenopausia y que haya tenido respuesta incompleta a otra terapia para el cáncer de mama metastásico O 4) El medicamento solicitado se receta para paciente premenopáusica con cáncer de mama que se haya beneficiado con una ooforectomía y se considere que tiene un tumor que responde a hormonas, O 5) El medicamento solicitado se receta para retraso de la pubertad en paciente de sexo masculino O 6) El medicamento solicitado se receta para disforia de género en paciente varón transgénero que puede tomar una decisión informada y madura de someterse a terapia. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TETRABENAZINE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TETRABENAZINE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tics crónicos, discinesia tardía, hemibalismo, corea no asociada con la enfermedad de Huntington.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para tratamiento de corea asociada con la enfermedad de Huntington y discinesia tardía: El paciente debe tener una respuesta previa inadecuada o evento adverso intolerable con terapia con deutetrabenazine.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | THALOMID   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | THALOMID   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Anemia relacionada con mielofibrosis, estomatitis aftosa recurrente, úlceras aftosas asociadas con VIH, caquexia, diarrea asociada con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sarcoma de Kaposi, síndrome de Behcet, enfermedad crónica de injerto contra huésped, enfermedad de Crohn, enfermedad de Castleman multicéntrica. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para caquexia: Caquexia debe ser por cáncer o infección por VIH. Para Sarcoma de Kaposi: El paciente tiene infección por VIH.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TIBSOVO  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TIBSOVO  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TOBRAMYCIN   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TOBRAMYCIN   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Bronquiectasia no causada por fibrosis quística.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para bronquiectasia no causada por fibrosis quística y fibrosis quística, el paciente debe cumplir con alguno de los siguientes criterios: 1) Pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de vías aéreas del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización de pseudomonas aeruginosa en vías aéreas. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TOPICAL LIDOCAINE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | GLYDO, LIDOCAINE, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HCL JELLY, LIDOCAINE/PRILOCAINE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El medicamento solicitado se está utilizando para anestesia tópica, 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   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 3 meses  |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TOPICAL TESTOSTERONES  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ANDRODERM, TESTOSTERONE, TESTOSTERONE PUMP   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Disforia de género en pacientes varones transgénero.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga un nivel bajo de testosterona confirmado según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar antes del inicio de la terapia con testosterona, O 2) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga al menos dos niveles de testosterona bajos confirmados según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar O 3) El medicamento solicitado se receta para disforia de género en paciente varón transgénero y que puede tomar una decisión informada y madura de someterse a la terapia. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TOPICAL TRETINOIN  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | AVITA, TRETINOIN   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TRAZIMERA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TRAZIMERA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente con HER2 positivo, metástasis leptomenígea por cáncer de mama, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino recurrente y avanzado con HER2 positivo. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama 6 meses Otros: Año del plan.   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TRELSTAR  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TRELSTAR MIXJECT  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TREPROSTINIL INJ   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TREPROSTINIL   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de OMS), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios, el paciente debe cumplir todos los siguientes criterios: 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TRIENTINE  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | CLOVIQUE, TRIENTINE HYDROCHLORIDE  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TRIKAFTA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TRIKAFTA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para fibrosis quística (CF): El paciente presenta, al menos, una mutación F508del en el gen regulador de conductancia transmembrana de fibrosis quística (CFTR).   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 12 años de edad en adelante.   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TRUXIMA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TRUXIMA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (small lymphocytic lymphoma, SLL), linfoma de células de manto, linfomas de zona marginal (nodal, esplénica, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de células B cutáneo primario, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con SIDA, leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (post-transplant lymphoproliferative disorder, PTLD)], púrpura trombocitopénica idiopática o inmune refractaria (ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia/linfoma linfoplasmocítico de Waldenstrom, enfermedad crónica injerto contra huésped (graft-versus-host disease, GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (predominante linfocito nodular), linfoma de CNS primario, metástasis leptomeníngicas de los linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención de PTLD relacionado con virus de Epstein-Barr (Epstein-Barr Virus, EBV), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con inhibidor de punto inmune, y miopatía inflamatoria refractaria idiopática. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): A) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX) a menos que esté contraindicado o no sea tolerado, Y B) El paciente tiene respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al inhibidor de factor de necrosis tumoral (TNF) autoinyectable o a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) (p. ej., tofacitinib). Las malignidades hematológicas deben ser CD20 - positivo. Para esclerosis múltiple: A) El paciente tiene diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante- remitente y B) El paciente tuvo respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad para esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Toxicidades relacionadas con inhibidor de punto inmune: 3 meses. Todas las demás:<br>Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |



|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TUKYSA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TUKYSA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) positivo recurrente, incluidos los pacientes con metástasis cerebral, que han recibido una o más líneas de tratamiento selectivo para HER2 previo en el entorno metastásico. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TURALIO  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TURALIO  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TYKERB   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TYKERB   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Lesiones metastásicas en CNS por cáncer de mama con HER2 positivo, cordoma recurrente con EGFR positivo.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para cáncer de mama HER2 positivo el medicamento solicitado se usará en combinación con cualquiera de los siguientes: 1) aromatase inhibitor, 2) capecitabine, O 3) trastuzumab.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | TYMLOS  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | TYMLOS  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para osteoporosis posmenopáusica: la paciente cumple UNO de estos criterios: 1) Antecedentes de fracturas por fragilidad, O 2) Un puntaje T en pretratamiento menor o igual a -2.5 u osteopenia (es decir, puntaje T en pretratamiento mayor de -2.5 y menor o igual a -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 buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior inyectable O c) El paciente probó los bisphosphonate orales al menos 1 año y hay motivos clínicos para evitar el tratamiento con bisphosphonate orales. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 24 meses total durante toda la vida para análogos de la hormona paratiroidea (p. ej., abaloparatide o teriparatide)   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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 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.  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VALCHLOR  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VALCHLOR  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | 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.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VELCADE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | BORTEZOMIB, VELCADE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Amiloidosis de cadena ligera sistémica, macroglobulinemia/linfoma linfoplasmocítico de Waldenstrom, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de células T en adultos.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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. |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VELTASSA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VELTASSA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a Lokelma, O 2) El paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con Lokelma.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VENCLEXTA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VENCLEXTA, VENCLEXTA STARTING PACK   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Linfoma de células del manto   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para AML, el paciente cumplirá cualquiera de los siguientes criterios: 1) Paciente mayor de 60 años, O 2) el medicamento solicitado se usará 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.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VENTAVIS   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VENTAVIS   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de OMS), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios, el paciente debe cumplir todos los siguientes criterios: 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VERSACLOZ   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VERSACLOZ   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VERZENIO  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VERZENIO  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VIGABATRIN  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VIGABATRIN, VIGADRONE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para convulsiones parciales complejas (complex partial seizures, CPS): el paciente tuvo respuesta inadecuada a al menos 2 terapias alternativas para CPS. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VITRAKVI   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VITRAKVI   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VIZIMPRO   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VIZIMPRO   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <br>                                   |  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VORICONAZOLE   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VORICONAZOLE   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Profilaxis de aspergilosis invasiva en paciente de alto riesgo, terapia antifúngica empírica para neutropenia febril en paciente de alto riesgo, aspergilosis pulmonar, candidiasis orofaríngea, micosis por <i>Scedosporium prolificans</i> . |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 6 meses  |
| <b>Otros criterios</b>                 | El paciente usará el medicamento solicitado por vía oral o intravenosa.  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VOSEVI   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VOSEVI   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | Cirrosis descompensada/trastorno hepático moderado o grave (Child Turcotte Pugh clase B o C)   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para hepatitis C crónica: Infección confirmada por presencia de ARN del 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 la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD). |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Se aplican los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VOTRIENT   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VOTRIENT   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Carcinoma de tiroides (folicular, papilar, de células de Hurthle, o medular), sarcoma uterino, cáncer de ovario (ovario epitelial, trompa de Falopio o peritoneal primario).   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para carcinoma de célula renal: Enfermedad recidivante, metastásica o no operable. Para sarcoma de tejido blando (soft tissue sarcoma, STS): 1) El paciente no tiene sarcoma de tejido blando adiposo, Y 2) El paciente tiene uno de estos subtipos de STS: a) tumor de estroma gastrointestinal (GIST), b) angiosarcoma, c) rhabdomiosarcoma pleomórfico, d) sarcoma retroperitoneal/intraabdominal o e) sarcoma de cabeza/cuello y tronco superficial/de extremidad.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | VRAYLAR  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | VRAYLAR  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: lurasidone, aripiprazole, olanzapine, paliperidone, quetiapine, risperidone o ziprasidone.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | XALKORI  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | XALKORI  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) con ROS1 positivo o cinasa de linfoma anaplásico (ALK) positivo recurrente; NSCLC con amplificación de MET de alto nivel o mutación de salto de exones 14 de MET, metástasis cerebral con ALK o ROS1 positivos debido a NSCLC, tumores miofibroblásticos inflamatorios (inflammatory myofibroblastic tumors, IMT) con ALK positivo, linfoma de células grandes anaplásico (anaplastic large cell lymphoma, ALCL) con ALK positivo. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |



|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | XELJANZ  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | XELJANZ, XELJANZ XR  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): El paciente cumple al menos uno de los siguientes criterios: 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al methotrexate (MTX), O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD). Para artritis psoriásica activa (solo nuevos inicios): El paciente cumple TODOS los siguientes criterios: 1) Respuesta inadecuada a MTX u otros DMARD no biológicos O un DMARD biológico previo Y 2) El medicamento solicitado se usa en combinación con un DMARD no biológico. Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): El paciente cumple al menos uno de los siguientes criterios: 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a al menos una opción de terapia convencional (p. ej., aminosalicilates) o 2) respuesta inadecuada o intolerancia a DMARD biológico previo. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | XENICAL  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | XENICAL  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | -  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | -  |
| <b>Otros criterios</b>                 | Usos cubiertos, todas las indicaciones aprobadas por la FDA<br>Criterios de exclusión: embarazo, síndrome de malabsorción crónica, colestasis.<br>Información médica requerida 1) El paciente tiene un índice de masa corporal (body mass index, BMI) mayor o igual a 30 kg por metro cuadrado o 2) El paciente tiene un índice de masa corporal (BMI) mayor o igual a 27 kg por metro cuadrado Y tiene factores de riesgo adicionales Y 3) El medicamento solicitado se utilizará con una alimentación reducida en calorías y un aumento en la actividad física.<br>Duración de la cobertura: 12 meses<br>Otros criterios: 1) si el paciente recibió un tratamiento con Xenical durante un mínimo de 6 meses, el paciente perdió al menos un 5 % del peso corporal inicial o el paciente mantuvo su pérdida de peso.  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | XGEVA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | XGEVA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Osteopenia u osteoporosis relacionadas con mastocitosis sistémica.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para hipercalcemia de malignidad, afección refractaria a la terapia con bisphosphonate intravenoso o motivo clínico para evitar la terapia con bisphosphonate intravenoso.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.   |
| <br>                                   |   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | XIFAXAN   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | XIFAXAN   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El medicamento solicitado se receta para reducir el riesgo de recurrencia extrema de encefalopatía hepática (hepatic encephalopathy, HE) O 2) El paciente tiene diagnóstico de síndrome de colon irritable con diarrea (irritable bowel syndrome with diarrhea, 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. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Reducción del riesgo de recurrencia extrema de HE: 6 meses, IBS-D: 14 días.   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | XOLAIR  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | XOLAIR  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para terapia inicial de asma alérgico: 1) El paciente tiene prueba cutánea positiva (o análisis de sangre) en al menos 1 aeroalérgeno perenne, 2) El paciente tiene nivel de inmunoglobulina E (IgE) inicial mayor o igual a 30 IU/mL, y 3) El paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los siguientes medicamentos a dosis óptima: a) corticosteroides inhalable, y b) controlador adicional (agonistas beta 2 de larga duración, modificador de leucotriene o theophylline de liberación sostenida) a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a tales terapias. Para continuación de terapia de asma alérgico solamente: El control del asma del paciente mejoró con el tratamiento con el medicamento solicitado desde el inicio de la terapia. Para la terapia inicial para urticaria idiopática crónica (chronic idiopathic urticaria, CIU): 1) Se evaluó al paciente por otras causas de urticaria, como angioedema relacionado con bradiquinina y síndromes de urticaria asociados a IL-1 (trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial), y 2) El paciente experimentó inicio espontáneo de ronchas, angioedema o ambos, durante al menos 6 semanas. Para terapia de continuación de CIU: El paciente experimentó respuesta (p. ej., mejora de síntomas) desde el inicio de la terapia. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | Para CIU: 12 años de edad en adelante. Para asma alérgico: 6 años de edad en adelante.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Asma alérgico Año del plan. CIU inicial: 6 meses Continuación de CIU: Año del plan.   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | XOSPATA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | XOSPATA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 18 años de edad en adelante.  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | XPOVIO   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | 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 |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | XTANDI   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | XTANDI   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | XYREM   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | XYREM   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | 1) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de excesiva somnolencia diurna en pacientes de 7 años de edad en adelante con narcolepsia, y 2) Si el paciente tiene más de 18 años, experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un medicamento promotor del estado de vigilia del sistema nervioso central (CNS) y al menos un medicamento estimulante del sistema nervioso central (CNS) O 3) Si el paciente tiene menos de 18 años, experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un medicamento estimulante del sistema nervioso central (CNS) (NOTA: los ejemplos de medicamento estimulante de CNS son amphetamine, dextroamphetamine o methylphenidate. Un ejemplo de medicamento promotor de estado de vigilia de CNS es el armodafinil. La cobertura de armodafinil o amphetamine puede requerir autorización previa). O 4) El medicamento que se receta es para el tratamiento de cataplexia en pacientes de 7 años de edad en adelante con narcolepsia. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | 7 años de edad en adelante.   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ZARXIO  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ZARXIO  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tratamiento de neutropenia febril inducida por quimioterapia (FN), después de quimioterapia por leucemia linfocítica aguda (ALL), indicaciones relacionadas con trasplante de células madre, síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, anemia aplásica, neutropenia relacionada con VIH, neutropenia relacionada con trasplante renal. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | Uso del producto solicitado dentro de las 24 horas previas o posteriores a la quimioterapia o radioterapia.   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para la profilaxis o el tratamiento de los pacientes con FN inducidos por quimioterapia mielosupresora deben cumplir con los siguientes criterios: 1) El paciente tiene un cáncer no mieloide, 2) El paciente ha recibido, actualmente está recibiendo o recibirá tratamiento con terapia anticancerígena mielosupresora                        |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | 6 meses   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ZEJULA  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ZEJULA  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ZELBORAF   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ZELBORAF   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Metástasis cerebral con melanoma, cáncer pulmonar de células no pequeñas, leucemia de células pilosas, carcinoma de tiroides (papilar, folicular, de células de Hurthle), cáncer rectal y cáncer de colon.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para metástasis cerebral con melanoma, se deben cumplir todos los criterios: 1) Tumor con mutación de activación BRAF V600 positiva (p. ej., mutación BRAF V600E o V600K), y 2) El medicamento solicitado se usará en combinación con cobimetinib. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas, el tumor tiene mutación BRAF V600E positiva. Para carcinoma de tiroides, el tumor tiene mutación BRAF positiva. Para cáncer rectal, el tumor tiene mutación BRAF V600E positiva. Para cáncer de colon, el tumor tiene mutación BRAF V600E positiva.  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | -  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ZIRABEV  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ZIRABEV  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas  |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Cáncer de mama, tipos de tumor del sistema nervioso central (central nervous system, CNS); gliomas anaplásicos y ependimoma espinal e intracraneal en adultos; mesotelioma pleural maligno, tumores malignos del cordón ovárico-estroma, tipos de sarcoma de tejido blando: Sarcoma de Kaposi relacionado con SIDA, angiosarcoma y hemangiopericitoma/tumor fibroso solitario, cáncer uterino, cáncer de endometrio, edema macular diabético, degeneración macular relacionada con la edad neovascular (húmeda) incluida coroidopatía polipoidea y proliferación angiomasosa retiniana, edema macular por oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -  |
| <b>Información médica requerida</b>    | -  |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -  |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -  |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan   |
| <b>Otros criterios</b>                 | 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.  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ZOLINZA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ZOLINZA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Micosis fungoide; síndrome de Sézary.   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ZYDELIG   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ZYDELIG   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Leucemia linfocítica crónica refractaria o recidivante (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma folicular progresivo 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]. |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | -   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ZYKADIA   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ZYKADIA   |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas   |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | Tumor miofibroblástico inflamatorio positivo para cinasa de linfoma anaplásico (ALK), cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) con ALK positivo recurrente, NSCLC metastásico o recurrente con ROS1 positivo, metástasis cerebral por NSCLC.  |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Para NSCLC, el paciente tiene enfermedad recurrente o metastásica con ALK ROS1 positivos. Para tumor miofibroblástico inflamatorio, el tumor es ALK positivo. Para metástasis cerebral, el paciente tiene NSCLC con ALK positivo.   |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |



|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de autorización previa</b>    | ZYPREXA RELPREVV  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>         | ZYPREXA RELPREVV  |
| <b>Indicador de indicaciones de PA</b> | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA               |
| <b>Usos fuera de lo indicado</b>       | -   |
| <b>Criterios de exclusión</b>          | -   |
| <b>Información médica requerida</b>    | Se ha establecido tolerancia con olanzapine por vía oral. |
| <b>Restricciones de edad</b>           | -   |
| <b>Restricciones del recetador</b>     | -   |
| <b>Duración de la cobertura</b>        | Año del plan  |
| <b>Otros criterios</b>                 | -   |

El Plan Molina Dual Options Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud con contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como braille, audio o letra grande.

Llame al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.