

<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Epilepsia
<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>	<p>Síntomas extrapiramidales (extrapyramidal symptoms, EPS): 1) El paciente no ha probado el medicamento amantadina alternativo de no alto riesgo (High Risk Medication, HRM); Y 2) el paciente tiene una contraindicación al medicamento amantadina alternativo de 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 ha probado el medicamento alternativo amantadina de no HRM; Y 5) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo amantadina de 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 de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol, Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol; 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.</p>
<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).

<b>Grupo de autorización previa</b>	CIPROHEPTADINA HRM
<b>Nombres de medicamentos</b>	CIPROHEPTADINA HCL, CLORHIDRATO DE CIPROHEPTADINA
<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>	Prurito, espasticidad debida a una lesión en la médula espinal
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
<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>	DIPYRIDAMOLE HRM
<b>Nombres de medicamentos</b>	DIPYRIDAMOLE
<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>	GUANFACINE ER HRM
<b>Nombres de medicamentos</b>	GUANFACINE 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>	-
<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>	GUANFACINE IR HRM
<b>Nombres de medicamentos</b>	GUANFACINE 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>	-
<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-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>	Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; 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 no ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 5) el paciente tiene ansiedad aguda; 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; O 7) 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>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).

<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>	Síndrome de abstinencia de alcohol: 1) El paciente no ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepar o lorazepam; Y 2) el paciente tiene una contraindicación a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepar 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 ha probado uno de los medicamentos alternativos: clorazepar o lorazepam; Y 5) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepar 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. Ansiedad: 1) El paciente ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; 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 no ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada, Y 5) el paciente tiene ansiedad aguda, 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; O 7) 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.
<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).

<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>	1) El paciente tiene una contraindicación al medicamento alternativo de no HRM doxepina (3 mg o 6 mg); Y 2) el recetador debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente; O 3) el paciente probó el medicamento alternativo de no HRM doxepina (3 mg o 6 mg); Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo de no HRM doxepina (3 mg o 6 mg); 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.
<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). SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULATIVOS DE TERAPIA AL AÑO.

<b>Grupo de autorización previa</b>	METHYLDOPA HRM
<b>Nombres de medicamentos</b>	METHYLDOPA
<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-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>	Rinitis: 1) El paciente probó uno de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida 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, dermatografismo, reacción alérgica a sangre o plasma, sedación, terapia complementaria con analgésicos para dolor posoperatorio, angioedema, o terapia complementaria con epinefrina 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.
<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).



<b>Grupo de autorización previa</b>	ESCOPOLAMINA HRM
<b>Nombres de medicamentos</b>	ESCOPOLAMINA
<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>	Exceso de salivación
<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-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 metotrexato (MTX); O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológica previa o un DMARD sintético dirigido. 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 3% del área de la superficie corporal (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 cumple con lo siguiente: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un DMARD biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos 10% de la área BSA o áreas corporales cruciales —p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas— están afectadas). 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, aminosalicilates) 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>	1) Se probó el medicamento alternativo de no HRM (medicamento sin alto riesgo) doxepina (3 mg o 6 mg); Y 2) el paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativos de no HRM: doxepina (3 mg o 6 mg); Y 3) el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado es mayor que el riesgo potencial en pacientes mayores de 65 años; O 4) el paciente presenta contraindicaciones al medicamento alternativos de no HRM doxepina (3 mg o 6 mg); Y 5) el beneficio del tratamiento con este 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>	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). 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>	Cáncer de mama inoperable bien diferenciado/descompuesto, receptor hormonal recurrente (HR), positivo de cáncer de mama con factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo combinado con un inhibidor de la aromataso o fulestrante.
<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>	ICATIBANT
<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>	Para angioedema hereditario (HAE): 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 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>	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>	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 leucemia mieloide crónica (Chronic Myeloid Leukemia, CML) y TODOS los pacientes.
<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Leucemia mieloide aguda recientemente diagnosticada
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para leucemia mieloide aguda (Acute Myeloid Leukemia, AML) con una mutación de la isocitrato deshidrogenasa-2 (Isocitrate Dehydrogenase-2, IDH2): 1) el paciente tiene 60 años de edad o más con un recién diagnosticado AML y cumple con una de las siguientes condiciones: a) el paciente tiene comorbilidades que impiden la utilización de quimioterapia de inducción intensiva, o b) el paciente rechaza la quimioterapia de inducción intensiva; O 2) el paciente tiene 60 años o más y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la remisión después del tratamiento previo de baja intensidad con el mismo régimen; O 3) el paciente tiene una AML recidivante o refractaria al tratamiento.
<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 y leucemia mielomonocítica crónica.
<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 tirosinacinasas. 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, linfoma de células B de alto grado.
<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 linfoma MALT gástrico y el linfoma MALT no gástrico: 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 del sistema nervioso central primario: 1) la enfermedad es recidivante o refractaria al tratamiento; y 2) el medicamento solicitado se utiliza como un solo agente. Para linfoma nodal de la zona marginal o linfoma esplénico de la zona marginal: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o subsiguiente. 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 difuso de células B: el medicamento solicitado se usará como terapia de segunda línea o posterior. Para linfoma de células B relacionado con SIDA: el medicamento solicitado se utilizará como un solo agente y como terapia de segunda línea o posterior para enfermedad recidivante. Para trastornos linfoproliferativos posteriores a un trasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido una quimioterapia previa. Para linfoma de células B de alto grado: el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para linfoma folicular: el medicamento solicitado se utilizará como agente único.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma, CLL/SLL) (solo nuevos inicios): el paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes factores con un ensayo de Calquence (acalabrutinib): 1) progresión de la enfermedad; o 2) toxicidad inaceptable; o 3) evento adverso intolerable.

<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: REVISIÓN CMS PENDIENTE
<b>Nombres de medicamentos</b>	INQOVI
<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>	-

<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, METADONA HCL, METADONA HCL INTENSOL, SULFATO DE MORFINA 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 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>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas recurrentes o avanzado (NSCLC), metástasis cerebral por NSCLC del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) con resultado positivo de mutación.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para NSCLC (incluida metástasis cerebral por NSCLC), el paciente tiene una mutación EGFR sensibilizante.
<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 vulgar refractario, rosácea refractaria grave, neuroblastoma, linfoma cutáneo de células T (Cutaneous T-Cell Lymphoma, CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sezary), alto riesgo de desarrollar cáncer de piel (cánceres de células escamosas), dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover), queratosis folicular (enfermedad de Darier), ictiosis lamelar, pitiriasis rubra pilaris.
<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 onicomicosis 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>	Leucemia linfocítica crónica (CLL) de células B: 1) IgG sérica inferior a 500 mg/dL, O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para trasplante de médula ósea/trasplante de células madre hematopoyéticas (Bone Marrow Transplant/Hematopoietic Stem Cell Transplant, BMT/HSCT): 1) Se solicita IVIG dentro de los primeros 100 días después del trasplante O 2) IgG sérica inferior a 400 mg/dL. Para infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (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 aplasia pura de glóbulos rojos (Pure Red Cell Aplasia, PRCA): PRCA por infección de parvovirus B19.
<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 bajo riesgo, mielofibrosis en fase acelerada, mielofibrosis en fase blástica, leucemia mieloide aguda, o leucemia linfoblástica aguda pediátrica (Acute Lymphoblastic Leukemia, ALL).
<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. Para leucemia linfoblástica aguda pediátrica: el paciente tiene una mutación de factor 2 (Cytokine Receptor-Like Factor 2, CRLF2) de citoquina o una mutación asociada con la activación de los transductores y activadores de señal/quinasa de Janus y de transcripción de la vía de transcripción (Janus Kinase/Signal Transducers and Activators of Transcription, JAK/STAT).
<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: REVISIÓN CMS PENDIENTE
<b>Nombres de medicamentos</b>	JUXTAPID
<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>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	KALYDECO
<b>Nombres de medicamentos</b>	KALYDECO
<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 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.
<b>Restricciones de edad</b>	6 meses 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>	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 leptomeníngea por cáncer de mama, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino recurrente y avanzado con HER2 positivo, cáncer colorrectal con HER2 amplificado en combinación con pertuzumab o lapatinib.
<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. Para indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de lo indicado que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trezimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.

<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, coccidioidomicosis, histoplasmosis, cromomicosis o paracoccidioidomicosis, 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 de ovario epitelial/cáncer de trompa de Falopio/cáncer de peritoneo primario, melanoma uveal, sarcoma de Ewing, osteosarcoma, cáncer testicular, carcinoma anal, tumores de las glándulas suprarrenales, cáncer de pene, metástasis cerebral del sistema nervioso central (CNS) en pacientes con melanoma o cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), adenocarcinoma pancreático, cánceres hepatobiliares (colangiocarcinoma extrahepático, colangiocarcinoma intrahepático, cáncer de vesícula biliar), mesotelioma pleural maligno, cáncer vulvar, carcinoma tímico, micosis fungoide/síndrome de Sézary, linfomas de células T (asesino natural extranodal [asesino natural extranodal, NK]/linfoma de células T, tipo nasal), neoplasia trofoblástica gestacional, carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado/carcinoma de células grandes o pequeñas.
<b>Criterios de exclusión</b>	-

<b>Información médica requerida</b>	<p>Para melanoma cutáneo: La enfermedad es inoperable o metastásica. Para el tratamiento adyuvante del melanoma: 1) la enfermedad se ha extendido a los ganglios linfáticos; y 2) el medicamento solicitado se utilizará después de la resección completa de los ganglios linfáticos o la resección completa de la enfermedad metastásica. Para NSCLC: Debe cumplir con algunos de los siguientes criterios: 1) Se utilizará en combinación con pemetrexed y carboplatino o cisplatino tras el tratamiento del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o linfoma anaplásico (Anaplastic Lymphoma Kinase, ALK) (si EGFR o ALK positivo) para NSCLC recurrente, avanzado o metastásico no escamocelular, O 2) se utilizará con carboplatino o cisplatino y paclitaxel o paclitaxel sujeto a proteína por NSCLC recurrente, avanzada o metastásico escamocelular, O 3) se utilizará como un solo agente para recurrente, avanzada, o NSCLC metastásico que expresa el ligando de muerte programado 1 (PD-L1) (puntaje de proporción tumoral [Tumor Proportion Score, TPS] mayor o igual que el 1%) después del tratamiento del EGFR o ALK (si EGFR o ALK positivo); O 4) se utilizará para continuar el tratamiento de mantenimiento para la enfermedad recurrente, avanzada o metastásica. Para carcinoma de células escamosas de la cabeza y el cuello: La enfermedad es inoperable, metastásica o segunda principal. Para el linfoma de Hodgkin clásico: Enfermedad recidivante o refractaria. En el caso de carcinoma urotelial (que no sea cáncer de vejiga no invasivo [Non-Muscle Invasive Bladder Cancer, NMIBC] con carcinoma in situ [CIS]): 1) El paciente no es elegible para cisplatino y el tumor expresa PD-L1 (puntuación positiva combinada [CPS] igual o superior a 10); O 2) el paciente no es elegible para ningún quimioterapia que contenga platino; O 3) la enfermedad ha progresado durante, después o dentro de los 12 meses del tratamiento neoadyuvante o con platino. Para NMIBC con CIS: La enfermedad es de alto riesgo y no responde a la Bacillus Calmette-Guerin (BCG), Y el paciente no es elegible o ha elegido no someterse a la cistectomía. Para cáncer colorrectal: 1) La enfermedad es inoperable o metastásica; Y 2) el tumor tiene una inestabilidad microsatelital alta (Microsatellite Instability-High, MSI-H) o no coincide en la reparación deficiente (Mismatch Repair Deficient, dMMR).</p>
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan



<b>Otros criterios</b>	<p>Para tumores sólidos (sarcoma de Ewing, osteoscoma, tumores de glándulas suprarrenales, cáncer de pene): 1) La enfermedad es inoperable o metastásica, Y 2) el tumor es MSI-H o dMMR; Y 3) la enfermedad ha progresado luego del tratamiento previo y el paciente no cuenta con opciones de tratamiento alternativo satisfactorias.</p> <p>Para la unión gástrica, de esófago y cáncer de esófago: 1) El miembro no es un candidato a cirugía o la enfermedad es recurrente, avanzada localmente o metastásica, Y 2) el tumor es MSI-H o dMMR, O el tumor expresa PD-L1 (CPS mayor o igual que 1). Para el cáncer cervical: La enfermedad es recurrente o metastásica Y tiene uno de los siguientes factores: 1) el tumor es MSI-H o dMMR; O 2) el tumor expresa PD-L1 (CPS mayor o igual que 1) y la enfermedad ha progresado en la quimioterapia o después de esta. Para linfoma primario mediastínico de células B La enfermedad es recidivante o refractaria al tratamiento.</p> <p>Para el carcinoma hepatocelular: El paciente se trató previamente con sorafenib.</p> <p>Para el cáncer de riñón: El medicamento solicitado se utilizará en combinación con axitinib.</p> <p>Para cáncer pulmonar de células pequeñas: La enfermedad es recidivante, progresiva primaria o metastásica. Para metástasis cerebral del CNS: El medicamento solicitado se utilizará para el tratamiento de metástasis cerebral en pacientes con melanoma o NSCLC.</p>
------------------------	--

<b>Grupo de autorización previa</b>	KISQALI: REVISIÓN CMS PENDIENTE
<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>	-
<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>	-

<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>	Carcinoma medular de tiroides, carcinoma tiroideo anaplático
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de tiroides diferenciado (foliculo, papilar o de células de Hurthle): la enfermedad es refractaria al yodo radioactivo e inoperable, localmente recurrente o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: la enfermedad es irreseccable o inoperable, local, metastásica o con una extensa carga tumoral del hígado. Para carcinoma de célula renal, la enfermedad está avanzada o es recidivante.
<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. Para adenocarcinoma gástrica o de la unión gastroesofágica, se deben cumplir todos los criterios: 1) la enfermedad es inoperable, localmente avanzada, recurrente o metastásica; y 2) el paciente ha sido tratado previamente con al menos dos líneas de quimioterapia anteriores.
<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cinasa de linfoma anaplásico (Anaplastic Lymphoma Kinase, ALK): cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico (CPCNP) positivo después de progresión en: A) crizotinib como primer tratamiento con ALK y tratamiento posterior con crizotinib en pacientes con enfermedad asintomática o lesión sistémica aislada, o B) brigatinib como primera terapia con inhibidores de ALK. Supresor de silenciamiento (Repressor of Silencing, ROS) -1 NSCLC metastásico de reorganización positiva después de la progresión en el crizotinib, entrectinib o ceritinib.
<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: REVISIÓN CMS PENDIENTE
<b>Nombres de medicamentos</b>	LYNPARZA
<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>	-

<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>	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a la gabapentina.
<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, cáncer colorrectal.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para metástasis cerebral por melanoma o para el tratamiento adyuvante del melanoma, el tumor con resultado positivo para la mutación de activación de BRAF V600 y el medicamento solicitado se utilizará 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 o para el cáncer anaplásico de tiroides, tumor con resultado positivo para la mutación de BRAF V600E y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para melanoma uveal: el medicamento solicitado se usará como agente único. Para el cáncer colorrectal inoperable, avanzado, metastásico, el tumor tiene resultados positivos para una mutación de activación de BRAF V600E.
<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer colorrectal
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para cáncer colorrectal, el paciente deberá cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) El medicamento solicitado se utiliza en combinación con el encorafenib; 2) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E; y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior.
<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.



<b>Grupo de autorización previa</b>	METILFENIDATO
<b>Nombres de medicamentos</b>	DEXMETILFENIDATO HCL, DEXMETILFENIDATO HYDROC, METADADO ER, METILFENIDATO HYDROCHLO
<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>	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención (ADHD) o trastorno de déficit de atención (ADD); O 2) el paciente tiene el diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño y la solicitud no es para un producto dexmetilfenidato; O 3) se receta el medicamento solicitado para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de haber descartado otras causas de fatiga.
<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>	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 (CNS): astrocitoma supratentorial infiltrante/oligodendroglioma de bajo grado en adultos (Grado II de la WHO), ependimoma espinal e intracraneal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma en adultos, linfoma principal del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebral limitada y extensiva, metástasis leptomenígea y tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer epitelial de ovario/cáncer de las trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, incluidos los siguientes tipos de cáncer: carcinosarcoma (tumores müllerianos mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometriode de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado, tumores epiteliales limítrofes de ovario (bajo potencial maligno) con implantes invasivos, y tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, tipos de sarcomas de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA, cáncer de útero, cáncer de endometrio, cáncer de vulva y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluidos la vasculopatía coroidea polipoidea y los subtipos de proliferación angiomatosa retiniana, edema macular posterior a la oclusión de la vena de la retina, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro, carcinoma hepatocelular.
<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>	Por enfermedad de mucopolisacaridosis VI, el diagnóstico fue confirmado 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
<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>	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 (angioma, tumores desmoides/fibromas fibromógenas, tumor fibroso solitario y subtipos de hemangiopericytoma), tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma recurrente, cáncer epitelial de ovario, cáncer de las trompas de Falopio, cáncer primario peritoneal.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Por carcinoma de tiroides: La histología es folicular, papilar, de células de Hurthle o medular. Por leucemia mieloide aguda, se deben cumplir todos los criterios: 1) El medicamento solicitado se utiliza en combinación con azactidina o decitabina para inducción de tratamiento de baja intensidad o tratamiento posterior a la remisión Y el paciente tiene 60 años de edad o más con mutación FLT3-ITD; O 2) la enfermedad es recidivante/refractaria al tratamiento Y el medicamento solicitado es un componente de repetir la inducción correcta inicial si se produce una recaída tardía (mayor o igual que 12 meses); O 3) la enfermedad es recidivante/refractaria al tratamiento Y el medicamento solicitado se utiliza en combinación con azactidina o decitabina si el paciente tiene un resultado positivo de mutación de 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>	GNP NICOTINE GUM, GNP NICOTINE MINI LOZENGE, GNP NICOTINE POLACRILEX, GNP NICOTINE POLACRILEX M, GNP NICOTINE TRANSDERMAL, GOODSENSE NICOTINE, GOODSENSE NICOTINE GUM, GOODSENSE NICOTINE POLACR, HM NICOTINE POLACRILEX, HM NICOTINE TRANSDERMAL S, NICOTINE, NICOTINE MINI LOZENGE, 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 Información médica requerida: el paciente es parte de un tratamiento integral para dejar de fumar, que incluye soporte para la modificación del comportamiento. Duración de la cobertura: para parches, 12 meses y 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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para mieloma múltiple: El medicamento solicitado se usará en combinación con lenalidomida y dexametasona O pomalidomida y dexametasona O dexametasona O ciclofosfamida y dexametasona O como agente único.
<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>	NITISINONA
<b>Nombres de medicamentos</b>	NITISINONA
<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>	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>	Para hipotensión ortostática neurogénica (Neurogenic Orthostatic Hypotension, NOH): Antes de la terapia inicial, 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>	-

<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>	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>	Para las alucinaciones y los delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe realizarse antes de la aparición de síntomas psicológicos.
<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>	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 tímicos, tumores neuroendocrinos (Neuroendocrine Tumors, NET) del tubo gastrointestinal (Gastrointestinal, GI), pulmonar, timo (tumores carcinoides) o gastrinoma principal no rescatado, tumores neuroendocrinos del páncreas y feocromocitoma/paraganglioma.
<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 acromegalia (continuación de la terapia): el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.

<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>	-
<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 leptomeníngea por cáncer de mama, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino recurrente y avanzado con HER2 positivo, cáncer colorrectal con HER2 amplificado en combinación con pertuzumab o lapatinib.
<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. Para indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de lo indicado que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trezimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.

<b>Grupo de autorización previa</b>	OMNIPOD
<b>Nombres de medicamentos</b>	PAQUETE DE 5 OMNIPOD, PAQUETE DE 5 OMNIPOD DASH, KIT DE INICIO OMNIPOD
<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 diabetes que requiere un manejo de la insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) el paciente se autoprueba con niveles de glucosa 4 o más veces al día; Y 3) el paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes factores con el régimen actual de diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, grandes fluctuaciones en la glucosa en sangre, fenómeno de episodios con hiperglucemia activa a altas horas de la mañana y excursiones glucémicas graves.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para continuar el tratamiento con una bomba de insulina, el paciente tiene un control glucémico estable o mejorado.

<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 leptomeníngea por cáncer de mama, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino recurrente y avanzado con HER2 positivo, cáncer colorrectal con HER2 amplificado en combinación con pertuzumab o lapatinib.
<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. Para indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de lo indicado que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trezimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.

<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 (PAH) (Grupo 1 de la WHO): Se confirmó el diagnóstico por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos inicios): 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual que 25 mmHg; 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual que 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>	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 (CF): 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>	Para fibrosis quística (CF): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.

<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>	-

<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 asociado al 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), mastocitosis sistémica.
<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>	-

<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer de mama recurrente (HR) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, PIK3CA-mutado en combinación con fulvestrant.
<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>	POMALYST: REVISIÓN CMS PENDIENTE
<b>Nombres de medicamentos</b>	POMALYST
<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>	-

<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>	-

<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>	CLASSIC PRENATAL, GNP PRENATAL, KP PRENATAL MULTIVITAMINS, PRENATAL, PRENATAL ONE DAILY, PRENATAL TABLETS, PRENATAL VITAMIN, PRENATAL VITAMIN & MINERA, PRENATAL VITAMINS
<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 Información médica requerida: la paciente tiene un resultado positivo en la prueba de embarazo realizada por el médico. 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: 1) Para nuevos inicios: a) el paciente tuvo respuesta inadecuada o intolerancia a terapias anteriores como corticosteroides o inmunoglobulinas, Y b) el recuento de plaquetas (platelet, plt) 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 factores 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 que 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.

<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: Un ejemplo de medicamento por vía oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides es 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: un ejemplo de medicamento por vía oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides es 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: Un ejemplo de un medicamento por vía oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides incluye a 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>	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 una enfermedad fistulizante, O 2) respuesta inadecuada a, al menos, una terapia convencional (p. ej., corticosteroides); O 3) 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. Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente cumple CON CUALQUIERA de los siguientes puntos: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida, O b) la intolerancia o contraindicación al MTX o leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al MTX, O b) respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático (DMARD) que modifique la enfermedad biológica previa o un DMARD sintético específico. 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 3% 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 (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, O b) el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina está contraindicado, O c) sufre de psoriasis grave que justifica un DMARD biológico como tratamiento principal. 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>	Para indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de lo indicado que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Renflexis y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.

<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>	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 una enfermedad fistulizante, O 2) respuesta inadecuada a, al menos, una terapia convencional (p. ej., corticosteroides); O 3) 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. Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente cumple CON CUALQUIERA de los siguientes puntos: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida, O b) la intolerancia o contraindicación al MTX o leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al MTX, O b) respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático (DMARD) que modifique la enfermedad biológica previa o un DMARD sintético específico. 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 3% 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 (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, O b) el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina está contraindicado, O c) sufre de psoriasis grave que justifica un DMARD biológico como tratamiento principal. 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 reacondicionamiento 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 reacondicionamiento 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: REVISIÓN CMS PENDIENTE
<b>Nombres de medicamentos</b>	REVLIMID
<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>	-

<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) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al metotrexato (MTX); O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológica previa o un DMARD sintético dirigido.
<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, esplénico, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de células B cutáneo primario, linfoma de células B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 y/o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de células B de alto grado no especificado de otra manera, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (post-transplant lymphoproliferative disorder, PTL), púrpura trombocitopénica idiopática o inmune refractaria (idiopathic thrombocytopenic purpura, ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad crónica de injerto contra huésped (Graft-Versus-Host Disease, GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombótica trombocitopénica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (predominio de linfocitos nodulares), linfoma primario del sistema nervioso central (Central Nervous System, CNS), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención de virus de Epstein-Barr (EBV) relacionado con PTL, esclerosis múltiple y toxicidades relacionadas con inhibidores de puntos de control inmunitarios.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente cumple CON CUALQUIERA de las siguientes condiciones: A) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX), O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación a MTX, Y 2) el paciente cumple CON CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX, O b) respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático (DMARD) que modifique la enfermedad biológica previa o un DMARD sintético específico. Las malignidades hematológicas deben ser CD20 - positivo. Para esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante- remitente; y 2) 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: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de lo indicado que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Truxima Y a Ruxiencie, y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.



<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 (Castleman's Disease, CD), linfoma de células B de alto grado, linfoma linfocítico pequeño (Small Lymphocytic Lymphoma, SLL), linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT), linfoma de células de manto, linfoma nodal de la zona marginal, 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 esplénico de la zona marginal.
<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 (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, linfoma de células B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 y/o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de células B de alto grado no especificado de otra manera, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con SIDA, leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD)], púrpura trombocitopénica idiopática o inmune refractaria (ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad crónica injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (predominante linfocito nodular), linfoma de CNS primario, metástasis leptomeníngea de los linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención virus de Epstein-Barr (EBV) relacionado a PTLD, esclerosis múltiple, inhibidor de punto de control inmune relacionado a toxicidades y miopatía inflamatoria refractaria idiopática y pénfigo vulgar.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente cumple CON CUALQUIERA de las siguientes condiciones: A) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX), O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación a MTX, Y 2) el paciente cumple CON CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX, O b) respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático (DMARD) que modifique la enfermedad biológica previa o un DMARD sintético específico. Las malignidades hematológicas deben ser CD20 - positivo. Para esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante- remitente; y 2) 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: 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 (Pulmonary Arterial Hypertension, PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó el diagnóstico por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos inicios): 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual que 25 mmHg; 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual que 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>	El medicamento solicitado 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>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>	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 3% del área de la superficie corporal (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 cumple con los siguientes casos: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, o c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico como terapia de primera línea. Es decir, al menos el 10% de la superficie corporal (BSA) o áreas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ve afectada.
<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>	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 neuroendocrinos (NET) del tubo gastrointestinal (GI), pulmón, timo (tumores carcinoides) o gastrinoma principal no extirpable, tumores neuroendocrinos del páncrea, y feocromocitoma/paraganglioma.
<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) progresivo, condrosarcoma metastásico, cordoma recurrente
<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, el paciente cumplirá con uno de los siguientes criterios: 1) el paciente recibió trasplante de células madre hematopoyéticas; O 2) el paciente tiene CML de fase blástica o acelerada; O 3) para CML de fase crónica (incluye a los recientemente diagnosticados), el paciente cumple uno de los siguientes criterios: a) el paciente tiene 21 años de edad o menos, 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 a imatinib o a un inhibidor alternativo de la tirosinacinas. 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 tumor de estroma gastrointestinal (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 inicio nuevo): al menos el 3% del área de superficie corporal (BSA) se ve afectada O las áreas esenciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, zonas intergenitales) se ven afectadas en el momento del diagnóstico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para psoriasis en placas moderada a grave (nuevos inicios): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa). Para artritis psoriásica activa (PsA) (nuevos inicios): el paciente tuvo respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa (nuevos inicios): el paciente tuvo respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a Humira (adalimumab). Para enfermedad de colitis ulcerativa de moderada a gravemente activa (nuevos inicios): el paciente tuvo respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a Humira (adalimumab) y Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).

<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, sarcoma suave de tejido retroperitoneal/intraabdominal, rabdomioma y sarcoma de tejido blando de las extremidades, tronco superficial, cabeza y cuello, cáncer colorrectal avanzado o inoperable.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para tumores de estroma gastrointestinal: La enfermedad es progresiva, localmente avanzada, inoperable o metastásica.
<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 subtipos de hemangiopericitoma), tumor de estroma gastrointestinal, cordoma recurrente, carcinoma tímico.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para carcinoma de células renales, se deben cumplir todos los criterios: 1) La enfermedad es recidivante 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>	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.
<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>	El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.

<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 después de trasplante de células madre hematopoyéticas (Hematopoietic Stem Cell Transplant, HSCT) para pacientes con CML.
<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), cáncer colorrectal.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para metástasis cerebral por melanoma, o para el tratamiento adyuvante del 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. Para el cáncer colorrectal inoperable, avanzado, metastásico, el tumor tiene resultados positivos para una mutación de activación de BRAF V600E.
<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>	TAGRISO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TAGRISO
<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) recurrente o avanzado, metástasis cerebral por sensibilización del NSCLC positivo a la mutación EGFR, metástasis cerebral por el NSCLC positivo a la mutación EGFR T790M.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para un NSCLC recurrente, avanzado o metastásico (incluidas las metástasis cerebral del NSCLC), el paciente debe tener una mutación sensibilizante del EGFR.
<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>	TALTZ
<b>Nombres de medicamentos</b>	TALTZ
<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): Al menos el 3% 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.
<b>Restricciones de edad</b>	Para la psoriasis en placas: 6 años de edad en adelante. Otros: 18 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para psoriasis en placas moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): el paciente tuvo respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa). En el caso de espondilitis anquilosante activa (solo los nuevos inicios): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, una intolerancia o contraindicación a Enbrel (etanercept) o Humira (adalimumab). Para artritis psoriásica activa (PsA) (solo nuevos inicios): el paciente tuvo respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para espondiloartritis axial activa (solo nuevos inicios): El paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroide (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug, NSAID); O 2) intolerancia o contraindicación a NSAID.

<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer de mama con mutación de la línea germinal BRCA 1/2
<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>	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, el paciente cumplirá con uno de los siguientes criterios: 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 tirosinacinas. 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>	16 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>	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 carcinoma urotelial, el paciente cumplirá con uno de los siguientes criterios: 1) El paciente no reúne los requisitos para la terapia con cisplatino y los tumores expresan PD-L1; O 2) el paciente no es apto para ningún platino que contenga quimioterapia; O 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior después de la quimioterapia con platino. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): el paciente debe cumplir cualquiera de los siguientes criterios: 1) El medicamento solicitado utilizará como tratamiento para NSCLC Y los pacientes con enfermedad positiva en EGFR o ALK deben haber recibido una terapia EGFR o ALK anterior; O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de continuación del mantenimiento cuando se logre la respuesta tumoral o una enfermedad estable después del tratamiento sistémico inicial; O 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para las NSCLC avanzadas o metastásicas.
<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>	TEMAZEPAM, 30 MG
<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>	1) Se probó el medicamento alternativo de no HRM (medicación sin alto riesgo) doxepina (3 mg o 6 mg); Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a la de no HRM (medicación sin alto riesgo) fármaco alternativo doxepina (3 mg o 6 mg); Y 3) el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera el riesgo potencial en un paciente de 65 años o más. O 4) el paciente tiene una contraindicación al medicamento alternativo de no HRM doxepina (3 mg o 6 mg); Y 5) el beneficio del tratamiento con este medicamento prescrito supera el riesgo potencial de un paciente de 65 años de edad o más.
<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).

<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
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) la solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona y se prescribe el medicamento solicitado para hipogonadismo primario o hipogonadotrópico [Nota: No se han establecido la seguridad y la eficacia de los productos testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío")] y el paciente confirmó el nivel de testosterona en la mañana bajo según las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de comenzar el tratamiento con testosterona; O 2) la solicitud no es para continuar el tratamiento con testosterona y se prescribe el medicamento solicitado para hipogonadismo primario o hipogonadotrópico [Nota: No se han establecido la seguridad y la eficacia de los productos testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío")] y el paciente tiene al menos dos niveles de testosterona en la mañana baja confirmados de acuerdo con las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar; O 3) se prescribe el medicamento para la disforia de género en un paciente que es capaz de tomar una decisión fundamentada para participar en un tratamiento hormonal.
<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
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) la solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona y se prescribe el medicamento solicitado para hipogonadismo primario o hipogonadotrópico [Nota: No se han establecido la seguridad y la eficacia de los productos testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío")] y el paciente confirmó el nivel de testosterona en la mañana bajo según las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de comenzar el tratamiento con testosterona; O 2) la solicitud no es para continuar el tratamiento con testosterona y se prescribe el medicamento solicitado para hipogonadismo primario o hipogonadotrópico [Nota: no se han establecido la seguridad y la eficacia de los productos testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío")] y el paciente tiene al menos dos niveles de testosterona en la mañana baja confirmados de acuerdo con las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar; O 3) se ha solicitado la prescripción de medicamentos para el cáncer de mama metastásico inoperable en una paciente que es posmenopáusica de 1 a 5 años y que ha tenido una respuesta incompleta a otro tratamiento para el cáncer de mama metastásico; O 4) se prescribe un medicamento para una paciente premenopáusica con cáncer de mama que se haya beneficiado de una ooforectomía y se considera que tiene un tumor con respuesta hormonal; O 5) se prescribe el medicamento solicitado para una pubertad retrasada; O 6) se prescribe el medicamento por disforia de género en un paciente que es capaz de tomar una decisión fundamentada para participar en un tratamiento hormonal.
<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>	Trastornos de tics, discinesia tardía, hemibalismo, corea no asociada a 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>	TETRACICLINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TETRACICLINA HIDROCLORURO
<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>	El paciente utilizará el medicamento solicitado por vía oral.

<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>	En el caso de leucemia mieloide aguda (AML) con una mutación de la isotrato dehidrogenasa-1 (IDH1) susceptible, 1) el paciente ha sido diagnosticado recientemente con AML y cumple con uno de los siguientes criterios: a) 75 años de edad o más, b) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, o c) el paciente tiene 60 años de edad o más y rechaza la quimioterapia de inducción intensiva; O 2) el paciente tiene 60 años de edad o más y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la remisión después de una respuesta al tratamiento previo de intensidad más baja con el mismo régimen; O 3) el paciente tiene un ALD recidivante o refractario al tratamiento.
<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; Y 2) si el medicamento solicitado se usará como parte de un producto compuesto, entonces todos los ingredientes activos en el producto compuesto están aprobados por la FDA para uso tópico.
<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
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) la solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona y se prescribe el medicamento solicitado para hipogonadismo primario o hipogonadotrópico [Nota: No se han establecido la seguridad y la eficacia de los productos testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío")] y el paciente confirmó el nivel de testosterona en la mañana bajo según las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de comenzar el tratamiento con testosterona; O 2) la solicitud no es para continuar el tratamiento con testosterona y se prescribe el medicamento solicitado para hipogonadismo primario o hipogonadotrópico [Nota: No se han establecido la seguridad y la eficacia de los productos testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío")] y el paciente tiene al menos dos niveles de testosterona en la mañana baja confirmados de acuerdo con las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar; O 3) se prescribe el medicamento para la disforia de género en un paciente que es capaz de tomar una decisión fundamentada para participar en un tratamiento hormonal.
<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 leptomeníngea por cáncer de mama, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino recurrente y avanzado con HER2 positivo, cáncer colorrectal con HER2 amplificado en combinación con pertuzumab o lapatinib.
<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>	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 (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, linfoma de células B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 y/o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de células B de alto grado no especificado de otra manera, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con SIDA, leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD)], púrpura trombocitopénica idiopática o inmune refractaria (ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad crónica injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (predominante linfocito nodular), linfoma de CNS primario, metástasis leptomeníngea de los linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención virus de Epstein-Barr (EBV) relacionado a PTLD, esclerosis múltiple, inhibidor de punto de control inmune relacionado a toxicidades y miopatía inflamatoria refractaria idiopática y pénfigo vulgar.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente cumple CON CUALQUIERA de las siguientes condiciones: A) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX), O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación a MTX, Y 2) el paciente cumple CON CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX, O b) respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático (DMARD) que modifique la enfermedad biológica previa o un DMARD sintético específico. Las malignidades hematológicas deben ser CD20 - positivo. Para esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante- remitente; y 2) 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: 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 del CNS por cáncer de mama HER2-positivo, cordoma recurrente EGFR-positivo, cáncer colorrectal amplificado por HER2 en combinación con trastuzumab.
<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 que -2.5 o puntaje T en pretratamiento mayor de -2.5 y menor o igual que -1 con alta probabilidad de fractura según herramienta de evaluación de riesgo de fracturas (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) en pretratamiento Y el paciente cumple ALGUNO de los siguientes criterios: a) indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, fragilidad, terapia con glucocorticoides, puntajes T muy bajos, o aumento del riesgo de caídas), O b) el paciente no tuvo un buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior inyectable, O c) el paciente probó los bisfosfonatos orales al menos 1 año y hay motivos clínicos para evitar el tratamiento con bisfosfonatos 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 (equivalente a prednisona) por día, el puntaje de riesgo estimado generado con FRAX se multiplicará por 1.15 para fractura osteoporótica mayor y 1.2 para fractura de cadera.

<b>Grupo de autorización previa</b>	V-GO
<b>Nombres de medicamentos</b>	V-GO 20, V-GO 30, V-GO 40
<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 diabetes que requiere un manejo de la insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) el paciente se autoprueba con niveles de glucosa 4 o más veces al día; Y 3) el paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes factores con el régimen actual de diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, grandes fluctuaciones en la glucosa en sangre, fenómeno de episodios con hiperglucemia activa a altas horas de la mañana y excursiones glucémicas graves.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para continuar el tratamiento con una bomba de insulina, el paciente tiene un control glucémico estable o mejorado.

<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 de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de células T en adultos, leucemia linfoblástica aguda pediátrica.
<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>	VEMLIDY
<b>Nombres de medicamentos</b>	VEMLIDY
<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>	Para infección crónica por virus de la hepatitis B, el medicamento solicitado se utilizará en un paciente que cumpla con cualquiera de las siguientes opciones (solo inicios nuevos): 1) respuesta virológica inadecuada, resistencia o evento adverso intolerable a tenofovir disoproxil fumarato; O 2) pérdida ósea y defectos de mineralización o está en riesgo de pérdida ósea y defectos de mineralización (p. ej., antecedentes de fracturas de fragilidad, edad avanzada, fragilidad, uso crónico de glucocorticoides, puntuaciones T bajas o mayor riesgo de caída).

<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, neoplasia de células dendríticas plasmocitadas blásticas (Blastic Plasmacytoid Dendritic Cell Neoplasm, BPDCN).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para AML, se deben cumplir los siguientes criterios: 1) paciente mayor de 60 años o más; 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; O 4) la droga solicitada se utilizará para enfermedades recidivantes o refractarias.
<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>	-

<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Receptor hormonal recurrente (HR) positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) de cáncer de mama negativo en combinación con fulvestrant o inhibidor de aromatasa, o como un solo agente si progresa con un tratamiento endocrino anterior y quimioterapia previa en el contexto metastásico.
<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>	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>	-

<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente o avanzado.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): el paciente debe cumplir cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad es recidivante o refractaria, y 2) el miembro tiene una enfermedad con mutación positiva EGFR sensibilizante.
<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>	VORICONAZOLE
<b>Nombres de medicamentos</b>	VORICONAZOLE
<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 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 (foliculocular, papilar, célula de Hurthle o medular), sarcoma uterino.
<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) rhabdomioma pleomórfico, d) sarcoma retroperitoneal/intraabdominal o e) sarcoma de cabeza/cuello y tronco superficial/de extremidad, f) tumor fibroso solitario o hemangiopericitoma, o g) sarcoma alveolar de partes blandas (Alveolar Soft Part Sarcoma, ASPS)
<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: aripiprazol, lurasidona, olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona o ziprasidona.
<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 de NSCLC, tumores miofibroblásticos inflamatorios (Inflammatory Myofibroblastic Tumors, IMT), linfoma de células grandes anaplásico (Anaplastic Large Cell Lymphoma, ALCL)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para NSCLC, el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de las siguientes situaciones: 1) el miembro tiene NSCLC recurrente, avanzado o metastásico ALK-positivo (que incluye metástasis cerebral de NSCLC), 2) el miembro tiene NSCLC recurrente, avanzado o metastásico ROS-1 positivo (que incluye metástasis cerebral de NSCLC), o 3) el miembro tiene metástasis de NSCLC con amplificación MET o MET exón de alto nivel 14 mutación por omisión. Para IMT y ALCL, la enfermedad es 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>	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 medicamento solicitado se utiliza en combinación con DMARD no biológico. Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a un bloqueador de factor de necrosis tumoral (Tumor Necrosis Factor, TNF).
<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, ALLI
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALLI, 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 Criterios de exclusión: embarazo, síndrome de malabsorción crónica, colestasis. Información médica requerida: 1) el paciente tiene un índice de masa corporal (BMI) mayor o igual que 30 kg por metro cuadrado; o 2) el paciente tiene un índice de masa corporal (BMI) mayor o igual que 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. Duración de la cobertura: 12 meses Otros criterios: si el paciente realizó un tratamiento con Xenical o Alli durante un mínimo de 6 meses, el paciente perdió al menos un 5% de 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 bisfosfonato intravenoso (Intravenous, IV) o hay un motivo clínico para evitar la terapia con bisfosfonato 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.

<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 leucotrieno 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) Se prescribe el medicamento solicitado para el tratamiento de somnolencia diurna excesiva en un paciente de 7 años de edad o más con narcolepsia; y 2) el diagnóstico se confirmó mediante la evaluación del laboratorio del sueño; Y 3) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al menos un medicamento estimulante del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina o metilfenidato) O tiene contraindicación que podría prohibir una prueba de drogas estimulantes del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina o metilfenidato) [Nota: La cobertura de anfetaminas y metilfenidatos puede requerir autorización previa]. Y 4) si el paciente tiene 18 años o más, el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a por lo menos un medicamento promotor de la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo) O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos promotores de la vigilia del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., armodafinilo) [Nota: La cobertura de armodafinilo puede requerir autorización previa]. O 5) el medicamento que se receta es para el tratamiento de cataplexia en pacientes de 7 años de edad en adelante con narcolepsia; Y 6) el diagnóstico ha sido confirmado por la evaluación del laboratorio del sueño.
<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>	Después de quimioterapia por leucemia linfocítica aguda (ALL), indicaciones relacionadas con trasplante de células madre, neutropenia en los síndromes mielodisplásicos (Myelodysplastic Syndromes, MDS), agranulocitosis, neutropenia en la anemia aplásica, neutropenia relacionada con VIH, neutropenia relacionada con trasplante renal.
<b>Criterios de exclusión</b>	El uso del producto solicitado dentro de las 24 horas antes o después de la quimioterapia.
<b>Información médica requerida</b>	Para la profilaxis o el tratamiento de neutropenia febril (Febrile Neutropenia, FN) inducida por la quimioterapia mielosupresora, los pacientes deben cumplir con los siguientes criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o 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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	En combinación con bevacizumab para cáncer epitelial de ovario persistente o recurrente, de trompa de Falopio o cáncer peritoneal principal para enfermedad sensible al platino.
<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>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas, leucemia de células pilosas, carcinoma de tiroides (carcinoma papilar, carcinoma folicular y carcinoma de células de Hurthle) y cáncer colorrectal.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el melanoma cutáneo, se deben cumplir todos los criterios: 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E o V600K; y 2) la enfermedad es inoperable o metastásica. Para la enfermedad de Erdheim-Chester, el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E o BRAF V600K. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas, se deben cumplir todos los criterios: 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E; y 2) el paciente tiene NSCLC recurrente, avanzado o metastásico. Para carcinoma de tiroides, se deben cumplir los siguientes criterios: 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E o V600K; y 2) el paciente tiene carcinoma folicular refractario al radioyodo, célula de Hurthle o carcinoma papilar de tiroides. Para cáncer colorrectal, se deben cumplir todos los siguientes criterios: 1) el tumor es una mutación BRAF V600E positiva; 2) la enfermedad es inoperable o metastásica. Para leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior.
<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 (CNS): astrocitoma supratentorial infiltrante/oligodendroglioma de bajo grado en adultos (Grado II de la WHO), ependimoma espinal e intracraneal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma en adultos, linfoma principal del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebral limitada y extensiva, metástasis leptomeníngea y tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer epitelial de ovario/cáncer de las trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, incluidos los siguientes tipos de cáncer: carcinosarcoma (tumores müllerianos mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometriode de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado, tumores epiteliales limítrofes de ovario (bajo potencial maligno) con implantes invasivos, y tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, tipos de sarcomas de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA, cáncer de útero, cáncer de endometrio, cáncer de vulva y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluidos la vasculopatía coroidea polipoidea y los subtipos de proliferación angiomatosa retiniana, edema macular posterior a la oclusión de la vena de la retina, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro, carcinoma hepatocelular.
<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 (Chronic Lymphocytic Leukemia, CLL)/linfoma linfocítico pequeño (Small Lymphocytic Lymphoma, SLL), linfoma folicular refractario, linfomas de la zona marginal [linfoma nodal de la zona marginal, linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica (MALT), linfoma MALT no gástrico, y linfoma esplénico de la zona marginal].
<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>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente o avanzado con linfoma cinasa anaplásico (ALK) positivo, cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, avanzado o metastásico con represor del silenciamiento (Repressor of Silencing, ROS-1) positivo, tumor miofibroblástico inflamatorio (Inflammatory Myofibroblastic Tumor, IMT), metástasis cerebral por NSCLC.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para NSCLC, el miembro tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica con ALK o ROS1 positivos. Para tumor miofibroblástico inflamatorio, la enfermedad es ALK positivo. Para metástasis cerebral por NSCLC: el miembro 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.

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