

## Criterios de PA

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

<b>Grupo de autorización previa</b>	ADEMPAS
<b>Nombres de medicamentos</b>	ADEMPAS
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hipertensión arterial pulmonar (Pulmonary Arterial Hypertension, PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos inicios): 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, Y 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood. Para hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (chronic thromboembolic pulmonary hypertension, CTEPH) (Grupo 4 de la OMS): 1) El paciente tiene hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension, CTEPH) persistente o recurrente después de endarterectomía pulmonar (Pulmonary Endarterectomy, PEA); O 2) el paciente tiene CTEPH inoperable con diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho Y por tomografía computarizada (Computed Tomography, CT), imagen por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI) o angiografía pulmonar.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	AIMOVIG
<b>Nombres de medicamentos</b>	AIMOVIG
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado, y el paciente tuvo una reducción de sus días con migraña por mes en relación con el valor inicial, O 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas con cualquiera de los siguientes medicamentos: Medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueantes betaadrenérgicos, antidepresivos O 3) El paciente experimentó intolerancia o contradicción que prohíbe una prueba de 4 semanas con cualquiera de los siguientes medicamentos: Medicamentos antiepilépticos (Antiepileptic Drugs, AED), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos, antidepresivos
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	3 meses iniciales, año del plan de la reautorización
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ALDURAZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALDURAZYME
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la mucopolisacaridosis I: Diagnóstico de mucopolisacaridosis I confirmada por ensayo de enzima que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-L-iduronidasa o por pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ALECENSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALECENSA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (Non Small Cell Lung Cancer, NSCLC) con cinasa de linfoma anaplásico (Anaplastic Lymphoma Kinase, ALK) recurrente o avanzado positivo, metástasis cerebral por NSCLC con ALK positivo.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ALOSETRON
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALOSETRON HYDROCHLORIDE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El medicamento solicitado se receta para una paciente biológicamente femenina o una persona que se autoidentifica como mujer con un diagnóstico de síndrome de colon irritable con diarrea predominante (irritable bowel syndrome, IBS) Y 2) Síntomas de IBS crónico que duran al menos de 6 meses Y 3) Se han descartado anormalidades de tracto gastrointestinal Y 4) Respuesta inadecuada a la terapia convencional.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR
<b>Nombres de medicamentos</b>	ARALAST NP, PROLASTIN-C, ZEMAIRA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la deficiencia del inhibidor de alfa1-proteinasa: El paciente debe tener 1) enfisema clínicamente evidente, 2) nivel del inhibidor de alfa1-proteinasa sérica en pretratamiento menor de 11 micromoles/L (80 mg/dl por inmunodifusión radial o 50 mg/dL por nefelometría), y 3) el volumen espiratorio forzado posterior a broncodilatación en pretratamiento (forced expiratory volume, FEV1) de 1 segundo mayor o igual al 25 % y menor o igual al 80 % de lo previsto.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ALUNBRIG
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALUNBRIG
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (Non Small Cell Lung Cancer, NSCLC) con cinasa de linfoma anaplásico (Anaplastic Lymphoma Kinase, ALK) recurrente o avanzado positivo, metástasis cerebral por NSCLC con ALK positivo.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	AMBRISANTAN
<b>Nombres de medicamentos</b>	AMBRISANTAN
<b>Indicador 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>	ANFETAMINAS
<b>Nombres de medicamentos</b>	ANFETAMINA/DEXTROAMFETA
<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 de déficit de atención con hiperactividad (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) o un trastorno de déficit de atención (Attention Deficit Disorder, ADD); O 2) el paciente tiene el diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño.
<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>	APOKYN
<b>Nombres de medicamentos</b>	APOKYN
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ARCALYST
<b>Nombres de medicamentos</b>	ARCALYST
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan el tratamiento para bajar el nivel de urato.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan el tratamiento para bajar el urato (p. ej., alopurinol) (nuevos inicios): 1) dos o más brotes de gota dentro de los 12 meses previos; Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones a la dosis máxima tolerada de medicamentos antiinflamatorios no esteroides y colchicina; Y 3) uso concurrente con la terapia para bajar el urato. Para prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan el tratamiento para bajar el urato (p. ej., alopurinol) (continuación): 1) el paciente debe haber alcanzado o mantenido un beneficio clínico (es decir, menor cantidad de brotes de gota o de días de brote) en comparación con la base; Y 2) uso continuado de terapia para bajar el urato concurrente con el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	Para síndromes periódicos asociados a criopirina (Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes, CAPS) y pericarditis recurrente: 12 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Para prevención de brotes de gota: 4 meses Otros: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ARMODAFINIL
<b>Nombres de medicamentos</b>	ARMODAFINIL
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) Diagnóstico de narcolepsia confirmado por evaluación de laboratorio de sueño; O 2) Diagnóstico de trastorno de trabajo por turnos (Shift Work Disorder, SWD); O 3) Diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (Obstructive Sleep Apnea, OSA) confirmado por polisomnografía.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS
<b>Nombres de medicamentos</b>	FANAPT, FANAPT TITRATION PACK
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: 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>	AURYXIA
<b>Nombres de medicamentos</b>	AURYXIA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	El medicamento solicitado no se receta para el tratamiento de anemia ferropénica en pacientes adultos con enfermedad renal crónica no en diálisis
<b>Grupo de autorización previa</b>	AUSTEDO
<b>Nombres de medicamentos</b>	AUSTEDO
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Síndrome de Tourette
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	AVASTIN
<b>Nombres de medicamentos</b>	AVASTIN
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer de mama, tipos de tumores del sistema nervioso central (Central Nervous System, CNS): astrocitoma/oligodendroglioma supratentorial infiltrante de bajo grado en adultos (Grado II de la OMS), ependimoma espinal e intracraneal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma en adultos, linfoma primario del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebral limitada y extensiva, metástasis leptomeníngea y tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer de ovarios/cáncer de las trompas de Falopio, tipos de cánceres peritoneales primarios: carcinosarcoma (tumores müllerianos mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometrioide de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado, tumores epiteliales limítrofes de ovario (bajo potencial maligno) con implantes invasivos, y tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, tipos de sarcomas de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, 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 angiomasiosa retiniana, edema macular posterior a la oclusión de la vena de la retina, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona. Para indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de lo indicado que se superpongan: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Mvasi Y Zirabev, y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, según se describe en la información de prescripción.

<b>Grupo de autorización previa</b>	AYVAKIT
<b>Nombres de medicamentos</b>	AYVAKIT
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para mastocitosis sistémica avanzada (Advanced Systemic Mastocytosis, AdvSM): 1) el paciente tiene un diagnóstico de mastocitosis sistémica avanzada, incluida mastocitosis sistémica agresiva (Aggressive Systemic Mastocytosis, ASM), mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada (Systemic Mastocytosis with Associated Hematological Neoplasm, SM-AHN) y leucemia de mastocitos (Mast Cell Leukemia, MCL), y 2) el paciente tiene un recuento de plaquetas mayor o igual a 50,000/mcL.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

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

B VS. D

ABELCET, ABRAXANE, ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, ADRIAMYCIN, ALBUTEROL SULFATE, ALIMTA, AMBISOME, AMINOSYN-PF 7%, AMPHOTERICIN B, APREPITANT, AZACITIDINE, AZATHIOPRINE, BENDEKA, BUDESONIDE, CALCITONIN-SALMON, CALCITRIOL, CARBOPLATIN, CINACALCET HYDROCHLORIDE, CISPLATIN, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 1, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5, CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%, CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%, CLINIMIX 6/5, CLINIMIX 8/10, CLINIMIX 8/14, CLINISOL SF 15%, CLINOLIPID, CROMOLYN SODIUM, CYCLOPHOSPHAMIDE, CYCLOSPORINE, CYCLOSPORINE MODIFIED, CYTARABINE AQUEOUS, DEXTROSE 50%, DEXTROSE 70%, DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID, DOCETAXEL, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, EMEND, ENGERIX-B, EPIRUBICIN HCL, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FLUOROURACIL, FREAMINE III, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINE HCL, GEMCITABINE HYDROCHLORIDE, GENGRAF, GRANISETRON HCL, HEPARIN SODIUM, HEPATAMINE, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, IBANDRONATE SODIUM, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), INTRALIPID, INTRON A, IPRATROPIUM BROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUT, IRINOTECAN, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE, KADCYLA, LEUCOVORIN CALCIUM, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, LEVOCARNITINE, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE, METHOTREXATE, METHOTREXATE SODIUM, METHYLPREDNISOLONE, METHYLPREDNISOLONE ACETAT, METHYLPREDNISOLONE SODIUM, MORPHINE SULFATE, MYCOPHENOLATE MOFETIL, MYCOPHENOLIC ACID DR, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, ONDANSETRON HYDROCHLORIDE, ONDANSETRON ODT, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PAMIDRONATE DISODIUM, PARAPLATIN, PARICALCITOL, PENTAMIDINE ISETHIONATE, PLENAMINE, PREDNISOLONE, PREDNISOLONE SODIUM PHOSP, PREDNISONE, PREDNISONE INTENSOL, PREMASOL, PROCALAMINE, PROGRAF, PROSOL, RABAVERT, RECOMBIVAX HB, SANDIMMUNE, SIROLIMUS, TACROLIMUS, TDVAX, TENIVAC, TOPOSAR, TPN ELECTROLYTES, TRAVASOL, TROPHAMINE, VINCRISTINE SULFATE, VINORELBINE TARTRATE, XATMEP, ZOLEDRONIC ACID, ZORTRESS

**Indicador de indicaciones de PA** Todas las indicaciones médicamente aceptadas**Usos fuera de lo indicado** -**Criterios de exclusión** -**Información médica requerida** -**Restricciones de edad** -**Restricciones del recetador** -**Duración de la cobertura** No aplicable**Otros criterios** Este medicamento puede estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, según las circunstancias. Deberá enviarse información que describa el uso y entorno del medicamento para tomar la determinación.

<b>Grupo de autorización previa</b>	BALVERSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BALVERSA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BANZEL
<b>Nombres de medicamentos</b>	BANZEL, RUFINAMIDE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	1 año de edad en adelante
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BENLYSTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BENLYSTA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Para pacientes que son nuevos en el tratamiento: lupus del sistema nervioso central activo grave.
<b>Información médica requerida</b>	Para lupus eritematoso sistémico (systemic lupus erythematosus, SLE): 1) el paciente actualmente recibe un régimen de tratamiento estándar estable (p. ej., corticoesteroides o antimalaria) para lupus eritematoso sistémico (Systemic Lupus Erythematosus, SLE); O 2), en la actualidad, no recibe un régimen de tratamiento estándar estable para SLE, porque el paciente intentó y tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a un régimen de tratamiento estándar estable. Para nefritis de lupus: 1) el paciente actualmente recibe un régimen de tratamiento estándar estable (p. ej., corticoesteroides) para nefritis de lupus O 2) en la actualidad, no recibe un régimen de tratamiento estándar estable para nefritis de lupus porque lo intentó y tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a él.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BERINERT
<b>Nombres de medicamentos</b>	BERINERT
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para angioedema hereditario (Hereditary Angioedema, HAE): el paciente tiene angioedema hereditario con deficiencia o disfunción del inhibidor C1 confirmado por análisis de laboratorio O tiene angioedema hereditario con inhibidor C1 normal confirmado por análisis de laboratorio. Para pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, O BIEN 1) el paciente tuvo resultado positivo para la mutación del gen plasminógeno o angiopoyetina-1 o F12; O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con antihistamínicos durante al menos un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BETASERON
<b>Nombres de medicamentos</b>	BETASERON
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BEXAROTENE
<b>Nombres de medicamentos</b>	BEXAROTENE, TARGRETIN
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Micosis fungoide, síndrome de Sézary (solo cápsulas), tipos de trastorno linfoproliferativo de células T primario cutáneo con CD30 positivo: linfoma de células grandes anaplásico primario cutáneo (solo cápsulas) y papulosis linfomatoide (solo cápsulas), linfoma/leucemia de células T en adultos, crónico o latente (solo gel), tipos de linfoma de células B primario cutáneo: linfoma de zona marginal primario cutáneo (solo gel) y linfoma de centro folicular primario cutáneo (solo gel).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BOSENTAN
<b>Nombres de medicamentos</b>	BOSENTAN
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Síndrome de Eisenmenger
<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. Para el Síndrome de Eisenmenger: Al paciente se le diagnostica el Síndrome de Eisenmenger, PAH, clase funcional III de la WHO.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BOSULIF
<b>Nombres de medicamentos</b>	BOSULIF
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph + ALL) recidivante o refractaria.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para leucemia mieloide crónica (Chronic Myeloid Leukemia, CML) o leucemia linfoblástica aguda (Acute Lymphoblastic Leukemia, ALL): Diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML, el paciente cumplirá con uno de los siguientes criterios: 1) el paciente recibió un trasplante de células madre hematopoyéticas O 2) el paciente tiene CML de fase blástica o acelerada O 3) el paciente tiene CML de fase crónica (riesgo alto, intermedio o bajo de avance de la enfermedad). Si el paciente presenta un riesgo bajo de avance de la enfermedad (se incluyen los diagnósticos recientes), ha experimentado resistencia, intolerancia o toxicidad con imatinib o un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa. Si el paciente experimentó resistencia a imatinib o a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para CML, el paciente tiene mutación T315I negativa.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BRAFTOVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	BRAFTOVI
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para cáncer colorrectal, el paciente deberá cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, 2) la enfermedad es avanzada o metastásica 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>	BRIVIACT
<b>Nombres de medicamentos</b>	BRIVIACT
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	1 mes 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>	BRIVIACT INJ
<b>Nombres de medicamentos</b>	BRIVIACT
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	1 mes 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>	BRUKINSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BRUKINSA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BUPRENORPHINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	BUPRENORPHINE HCL
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) Se receta el medicamento solicitado para el tratamiento de dependencia de opioides; Y 2) la paciente es una mujer embarazada o en período de lactancia y se receta el medicamento solicitado para terapia de inducción y/o posterior terapia de mantenimiento para tratamiento por dependencia de opioides, O 3) el medicamento solicitado se receta para terapia de inducción para la transición del consumo de opioides al tratamiento por dependencia de opioides; O 4) se receta el medicamento solicitado para terapia de mantenimiento para tratamiento por dependencia de opioides en un paciente con intolerancia a la naloxona.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	12 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BUPRENORPHINE PATCH
<b>Nombres de medicamentos</b>	BUPRENORPHINE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El medicamento solicitado se receta por un dolor asociado con cáncer, anemia falciforme, afección terminal o dolor controlado mediante cuidados paliativos O 2) el medicamento solicitado se receta por dolor suficientemente grave para requerir tratamiento a largo plazo, diario, las 24 horas, en un paciente que ha tomado opioides Y 3) El paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada según sus antecedentes de consumo de opioides [Nota: Este medicamento solo lo puede recetar un profesional de atención médica especializado en el uso de opioides potentes para el control de dolor crónico]. Y 4) 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>	CABOMETYX
<b>Nombres de medicamentos</b>	CABOMETYX
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para carcinoma de célula renal: Enfermedad recidivante, no operable o metastásica. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: La enfermedad se reacomoda durante la transfección (RET) positiva. Para el carcinoma hepatocelular: El paciente se ha tratado anteriormente con sorafenib.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CALCIPOTRIENE
<b>Nombres de medicamentos</b>	CALCIPOTRIENE, CALCITRENE, ENSTILAR
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de psoriasis Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un esteroide tópico genérico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CALQUENCE
<b>Nombres de medicamentos</b>	CALQUENCE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CAPRELSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CAPRELSA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), carcinoma de tiroides diferenciado: papilar, células de Hurthle y folicular.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para NSCLC: el medicamento solicitado se utiliza para NSCLC cuando la enfermedad del paciente se expresa como se reacuera durante la reorganización del gen de la transfección (RET).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CARBAGLU
<b>Nombres de medicamentos</b>	CARBAGLU
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS): Diagnóstico de deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS) confirmado por pruebas genéticas o enzimáticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CAYSTON
<b>Nombres de medicamentos</b>	CAYSTON
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para tratamiento de síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) Pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de vías aéreas del paciente, O 2) El paciente tiene antecedentes de infección o colonización de pseudomonas aeruginosa en vías aéreas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CERDELGA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CERDELGA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para enfermedad de Gaucher, diagnóstico confirmado por ensayo de enzima que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima beta glucocerebrosidasa ácida o por pruebas genéticas. El estado de metabolizador de CYP2D6 del paciente se estableció con una prueba aprobada por la FDA. El paciente es un metabolizador extensivo, intermedio o bajo de CYP2D6.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CEREZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	CEREZYME
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Enfermedad de Gaucher tipo 3
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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>	CHANTIX
<b>Nombres de medicamentos</b>	CHANTIX, CHANTIX CONTINUING MONTH, CHANTIX STARTING MONTH PA, VARENICLINE TARTRATE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CLOBAZAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLOBAZAM
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	2 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CLOMIPRAMINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLOMIPRAMINE HCL
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Depresión, trastorno de pánico
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El medicamento solicitado se receta para uno de los siguientes: tratamiento por trastorno obsesivo compulsivo (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD) o trastorno de pánico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor, SNRI), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI), mirtazapina; O 3) el medicamento solicitado se receta para el tratamiento por depresión; Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: SNRI, SSRI, mirtazapina, bupropión.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CLORAZEPATE
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) Para el manejo de los trastornos de ansiedad, el medicamento solicitado se utiliza con un SSRI o SNRI hasta que el antidepresivo entra en vigor para los síntomas de ansiedad O el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación AL MENOS A DOS agentes de las siguientes clases: A) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), B) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI); O 2) para el tratamiento auxiliar en el manejo de convulsiones parciales, O 3) liberación sintomática en la retirada aguda del alcohol; O 4) para aliviar los síntomas a corto plazo de la ansiedad.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Alivio de ansiedad a corto plazo, 1 mes; trastornos de ansiedad, 4 meses; todos los otros diagnósticos, año del plan
<b>Otros criterios</b>	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. El beneficio del tratamiento con el medicamento recetado supera el riesgo potencial en un paciente de 65 años de edad o más. (Nota: La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society, AGS) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica).
<b>Grupo de autorización previa</b>	CLOZAPINE ODT
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLOZAPINE ODT
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	COMETRIQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	COMETRIQ
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), carcinoma de tiroides diferenciado: papilar, células de Hurthle y folicular.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para NSCLC: La medicación solicitada se utiliza para NSCLC cuando la enfermedad del paciente se expresa como se reaccuerda durante la reorganización del gen de la transfección (RET).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	COPIKTRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	COPIKTRA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Linfoma MALT gástrico, linfoma MALT no gástrico, linfoma nodal de la zona marginal, linfoma esplénico de la zona marginal
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para linfoma folicular: el medicamento solicitado se usará como terapia de segunda línea o posterior. Para linfoma MALT gástrico, linfoma MALT no gástrico, linfoma nodal de la zona marginal y linfoma esplénico de la zona marginal: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior después de, al menos, 2 tratamientos previos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	COTELLIC
<b>Nombres de medicamentos</b>	COTELLIC
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<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>	CYSTADROPS
<b>Nombres de medicamentos</b>	CYSTADROPS
<b>Indicador 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 caso de cistinosis: 1) Diagnóstico de cistinosis confirmado por presencia de aumento de la concentración de cistina en leucocitos o por pruebas genéticas, y 2) El paciente tiene acumulación de cristales de cistina en la córnea.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CYSTAGON
<b>Nombres de medicamentos</b>	CYSTAGON
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para cistinosis nefropática: Diagnóstico de cistinosis nefropática confirmado por presencia de aumento de la concentración de cistina en leucocitos o por pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CYSTARAN
<b>Nombres de medicamentos</b>	CYSTARAN
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En caso de cistinosis: 1) Diagnóstico de cistinosis confirmado por presencia de aumento de la concentración de cistina en leucocitos o por pruebas genéticas, y 2) El paciente tiene acumulación de cristales de cistina en la córnea.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	DALFAMPRIDINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	DALFAMPRIDINE ER
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para esclerosis múltiple, el paciente deberá cumplir con uno de los siguientes criterios: En el caso de los nuevos arranques, antes de iniciar el tratamiento, el paciente cumple con lo siguiente: el paciente demuestra una deficiencia sostenida en el desplazamiento. Para continuar el tratamiento, el paciente cumple con lo siguiente: debe haber experimentado una mejora de la velocidad de caminata U otra medición objetiva de la capacidad de caminar desde que se inició el tratamiento con el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DAURISMO
<b>Nombres de medicamentos</b>	DAURISMO
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Tratamiento posterior a la remisión después de una respuesta al tratamiento previo con el mismo régimen para la leucemia mieloide aguda (Acute Myeloid Leukemia, AML). Enfermedad recidivante/refractaria al tratamiento como un componente de la repetición del régimen de inducción exitoso inicial para AML.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide aguda: 1) el medicamento solicitado debe utilizarse en combinación con citarabina, 2) el paciente tiene 75 años de edad o más, O tiene comorbilidades que impidan la quimioterapia intensiva; y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento para el tratamiento de inducción, tratamiento posterior a la remisión o enfermedad 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>	DEFERASIROX
<b>Nombres de medicamentos</b>	DEFERASIROX
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para sobrecarga crónica de hierro por transfusiones de sangre: niveles de ferritina sérica en pretratamiento superiores a 1000 mcg/L.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

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

<b>Grupo de autorización previa</b>	DESVENLAFAXINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	DESVENLAFAXINE ER
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina, bupropión.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	DHE NASAL
<b>Nombres de medicamentos</b>	DIHYDROERGOTAMINE MESYLAT
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un agonista de receptores de triptán 5-HT1.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DIACOMIT
<b>Nombres de medicamentos</b>	DIACOMIT
<b>Indicador 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>	DIAZEPAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	DIAZEPAM
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) Para el manejo de los trastornos de ansiedad, el medicamento solicitado se utiliza con un SSRI o SNRI hasta que el antidepresivo entra en vigor para los síntomas de ansiedad O el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación AL MENOS A DOS agentes de las siguientes clases: A) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), B) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI); O 2) para aliviar los síntomas en el retiro agudo de alcohol; O 3) para su uso como un complemento para el alivio de la espasticidad causada por trastornos de las neuronas motoras superiores (p. ej., parálisis cerebral y paraplejía), atetosis, o síndrome de hombre rígido; O 4) para usarse como complemento para el alivio de espasmos musculares esqueléticos debido a que se produce un espasmo reflejo con patología local (p. ej., inflamación de los músculos o las articulaciones, o secundaria a traumatismo); O 5) para una terapia complementaria en el tratamiento de trastornos convulsivos; O 6) para el alivio a corto plazo de los síntomas de ansiedad.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Alivio a corto plazo para la ansiedad, 1 mes; espasmo de los músculos esqueléticos, 3 meses; trastornos de la ansiedad, 4 meses; otros diagnósticos, año del plan
<b>Otros criterios</b>	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. El beneficio del tratamiento con el medicamento recetado supera el riesgo potencial en un paciente de 65 años de edad o más. (Nota: La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society, AGS) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores; esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica).

<b>Grupo de autorización previa</b>	DICLOFENAC GEL 1 %
<b>Nombres de medicamentos</b>	DICLOFENAC SODIUM
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El paciente presenta dolor por osteoartritis en articulaciones, susceptible al tratamiento tópico, como pies, tobillos, rodillas, manos, muñecas o codos Y 2) el tratamiento con el medicamento solicitado es necesario debido a la preocupación de que exista intolerancia o contraindicaciones con dos medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) orales (p. ej., ibuprofeno, meloxicam, naproxeno).
<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>	DOPTELET
<b>Nombres de medicamentos</b>	DOPTELET
<b>Indicador 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 trombocitopenia asociada con la enfermedad hepática crónica: El recuento inicial de plaquetas (plt) previo a un procedimiento programado es inferior a 50,000/mcL. 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 corticosteroids o inmunoglobulins Y b) El recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento previo al inicio de tratamiento con el medicamento solicitado es inferior a 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.
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Enfermedad hepática crónica: 1 mes, ITP inicial: 6 meses, reautorización de ITP: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	DRIZALMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	DRIZALMA SPRINKLE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Dolor no por cáncer, dolor neuropático inducido por quimioterapia
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha probado cápsulas de duloxetine o el paciente no puede tomar cápsulas de duloxetine por ningún motivo (por ejemplo, dificultad para tragar cápsulas, requiere administración nasogástrica)
<b>Restricciones de edad</b>	Por trastorno de la ansiedad generalizada, debe tener 7 años de edad o más
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	EMSAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	EMSAM
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de serotonina (SSRI), mirtazapina, bupropión; O 2) el paciente no puede tragar formulaciones orales.
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ENBREL
<b>Nombres de medicamentos</b>	ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Hidradenitis supurativa refractaria grave, enfermedad de injerto contra huésped
<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 (Disease-Modifying Antirheumatic Drug, DMARD) biológico previa o un DMARD sintético dirigido. 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 cumple con 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 metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado; O c) sufre de psoriasis grave que justifica un DMARD biológico como tratamiento principal (es decir, al menos 10% de la BSA o áreas corporales cruciales —p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas— están afectadas).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ENDARI
<b>Nombres de medicamentos</b>	ENDARI
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	5 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	EPCLUSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	EPCLUSA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hepatitis C crónica: Infección confirmada por presencia de ARN del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. El régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección de VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante de hígado y riñones, si corresponde. Las condiciones de la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Se aplican los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	EPIDIOLEX
<b>Nombres de medicamentos</b>	EPIDIOLEX
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	EPO
<b>Nombres de medicamentos</b>	PROCRIT
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Anemia por síndromes mielodisplásicos (Myelodysplastic Syndrome, MDS), anemia en insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF), anemia en artritis reumatoidea (Rheumatoid Arthritis, RA), anemia por tratamiento para hepatitis C (ribavirina en combinación con interferón alfa o peginterferón alfa).
<b>Criterios de exclusión</b>	Pacientes que reciben quimioterapia para fines curativos. Pacientes con cáncer mielode.
<b>Información médica requerida</b>	Para todos los usos excepto cirugía: La hemoglobina (Hgb) en pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) es inferior a 10 g/dL (menos de 9 g/dL para la anemia solo en insuficiencia cardíaca congestiva). Para la cirugía: 1) El paciente tiene programada una cirugía no vascular, no cardíaca, electiva. 2) La Hgb en pretratamiento es mayor de 10 pero no mayor de 13 g/dL.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	16 semanas
<b>Otros criterios</b>	La cobertura según la Parte D será denegada si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B cuando se recete, entregue o administre un medicamento al individuo (por ejemplo, cuando se utiliza para el tratamiento de la anemia de un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se proporciona del incidente en el suministro del médico a un servicio médico). La cobertura incluye el uso en la anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. Los requisitos relativos a los valores de Hgb excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para reautorizaciones (el paciente recibió eritropoyetina en el mes anterior): 1) Para todos los usos, excepto la cirugía, hay un aumento de Hgb de al menos 1 g/dL después de al menos 12 semanas de tratamiento. 2) Por anemia en enfermedad renal crónica, MDS, CHF, RA, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tratamiento con hepatitis C, anemia causada por quimioterapia de cáncer mielosupresora o pacientes cuyas creencias religiosas prohíban las transfusiones de sangre: la Hgb actual es inferior a 12 g/dL.

<b>Grupo de autorización previa</b>	ERIVEDGE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ERIVEDGE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Meduloblastoma en adultos
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Meduloblastoma en adultos: el paciente ha recibido quimioterapia anteriormente Y tiene tumores con mutaciones en la vía del erizo sónico
<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>	ERLEADA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ERLEADA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones: El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
<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>	ERLOTINIB
<b>Nombres de medicamentos</b>	ERLOTINIB HYDROCHLORIDE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	NSCLC recurrente o avanzado, cordoma recurrente, carcinoma de células renales (Renal Cell Carcinoma, RCC), metástasis cerebral de NSCLC.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para NSCLC (incluidas metástasis cerebral de NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; y 2) el miembro tiene una enfermedad con mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR) sensibilizante positivo. Para cáncer de páncreas, la enfermedad está localmente avanzada, es metastásica o inoperable.
<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>	ESBRIET
<b>Nombres de medicamentos</b>	ESBRIET
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la fibrosis pulmonar idiopática (revisión inicial únicamente): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, TCAR) del tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (usual interstitial pneumonia, UIP), o 2) el estudio TCAR del tórax revela un resultado que no sea patrón de UIP (p. ej., probable UIP, UIP indeterminada), y el diagnóstico es compatible ya sea con biopsia pulmonar o mediante una consulta multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se ha realizado una biopsia pulmonar.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	EVEROLIMUS
<b>Nombres de medicamentos</b>	AFINITOR, AFINITOR DISPERZ, EVEROLIMUS
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas del timo, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, sarcoma de tejido blando —tumores de célula epitelioide perivascular (Perivascular Epithelioid Cell tumors, PEComa), subtipos de linfangioleiomiomatosis—, tumores de estroma gastrointestinal, tumor neuroendócrino del timo, carcinoma de tiroides (papilar, células Hurthle y folicular), cáncer de endometrio.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para cáncer de mama: 1) La enfermedad es recurrente o con receptor de hormona metastásica (Hormone Receptor, HR) positivo, receptor de factor de crecimiento dérmico humano 2 (Human Epidermal Receptor, HER2) negativo; y 2) el medicamento solicitado se receta en combinación con exemestano, fulvestrant o tamoxifeno; y 3) el paciente recibió terapia endócrina dentro de un año. Para carcinoma de célula renal: Enfermedad recidivante o metastásica. Para astrocitoma subependimario de célula gigante (Subependymal Giant cell Astrocytoma, SEGA): El medicamento solicitado se proporciona como tratamiento adyuvante.
<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>	EXKIVITY
<b>Nombres de medicamentos</b>	EXKIVITY
<b>Indicador 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>	FABRAZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	FABRAZYME
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Por enfermedad de Fabry: el diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas, o el paciente es una mujer portadora obligada sintomática.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FARYDAK
<b>Nombres de medicamentos</b>	FARYDAK
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FASENRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FASENRA, FASENRA PEN
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el asma grave: Para terapia inicial: 1) Si a) el paciente tiene un recuento de eosinófilos en sangre inicial de al menos 150 células por microlitro O b) el paciente es dependiente y está en tratamiento con corticosteroides sistémicos, y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos a dosis optimizadas: a) corticosteroide inhalado y b) controlador adicional (agonista beta2 de larga duración, modificador del leucotrieno o teofilina de liberación sostenida). Para continuación de la terapia: El control del asma mejoró con el tratamiento con el medicamento solicitado, demostrado por una reducción de la frecuencia o gravedad de los síntomas y exacerbaciones, o reducción de la dosis de mantenimiento diaria de corticoesteroide por vía oral.
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FENTANYL PATCH
<b>Nombres de medicamentos</b>	FENTANYL
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El medicamento solicitado se receta por un dolor asociado con cáncer, anemia falciforme, afección terminal o dolor controlado mediante cuidados paliativos O 2) el medicamento solicitado se receta por dolor suficientemente grave para requerir tratamiento a largo plazo, diario, las 24 horas, en un paciente que ha tomado opioides Y 3) El paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada según sus antecedentes de consumo de opioides [Nota: Este medicamento solo lo puede recetar un profesional de atención médica especializado en el uso de opioides potentes para el control de dolor crónico]. Y 4) 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>	FETZIMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FETZIMA, FETZIMA TITRATION PACK
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina, bupropión.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FINTEPLA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FINTEPLA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FORTEO
<b>Nombres de medicamentos</b>	FORTEO
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para osteoporosis posmenopáusia: la paciente cumple UNO de estos criterios (1 o 2): 1) antecedentes de fracturas por fragilidad, O 2) un puntaje T en pretratamiento menor o igual que -2.5 o puntaje T en pretratamiento mayor de -2.5 y menor que -1 con alta probabilidad de fractura según herramienta de evaluación de riesgo de fracturas (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) en pretratamiento Y el paciente cumple ALGUNO de los siguientes criterios: a) Indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, fragilidad, terapia con glucocorticoides, puntajes T muy bajos, o aumento del riesgo de caídas); O b) el paciente no tuvo un buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior inyectable; O c) el paciente ha probado los bisfosfonatos orales al menos 1 año o hay motivos clínicos para evitar el tratamiento con bisfosfonatos orales. Para osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres: el paciente tiene: 1) antecedentes de fractura vertebral o de cadera osteoporótica; O 2) un puntaje T en pretratamiento es menor o igual que -2.5; O 3) puntaje T en pretratamiento mayor de -2.5 y menor que -1 con una alta probabilidad de fractura según FRAX en pretratamiento. Para la osteoporosis inducida por glucocorticoides: 1) el paciente se sometió a una prueba con bisfosfonato oral de, al menos, 1 año de duración, a menos que el paciente presente contraindicaciones o intolerancia a un bisfosfonato oral; Y 2) el paciente presenta una de las siguientes condiciones: a) antecedentes de fractura por fragilidad; O b) puntaje T de pretratamiento inferior o igual que -2.5; O c) puntaje T de pretratamiento superior a -2.5 e inferior o a -1 con alta probabilidad de fractura FRAX en pretratamiento.
<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>	FOTIVDA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FOTIVDA
<b>Indicador 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>	FYCOMPA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FYCOMPA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	Convulsiones de inicio parcial: 4 años de edad en adelante. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 12 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GATTEX
<b>Nombres de medicamentos</b>	GATTEX
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para terapia inicial por síndrome de intestino corto (short bowel syndrome, SBS): El paciente adulto dependió del soporte parenteral durante al menos 12 meses. Los pacientes pediátricos dependieron de los líquidos de nutrición/líquidos intravenosos para dar cuenta al menos del 30% de las necesidades calóricas y/o de líquidos/electrolitos. Para continuación por SBS: El requerimiento de soporte parenteral disminuyó desde el inicio mientras estaba en tratamiento con el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	GAVRETO
<b>Nombres de medicamentos</b>	GAVRETO
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas positivo con reacomodamiento durante la transfección (RET) recurrente o avanzado
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todos los siguientes criterios: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, y 2) el tumor es positivo para la fusión del gen con reacomodamiento durante la transfección (RET) o positivo para el reacomodamiento del gen RET.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GILENYA
<b>Nombres de medicamentos</b>	GILENYA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GILOTRIF
<b>Nombres de medicamentos</b>	GILOTRIF
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Metástasis cerebral por cáncer pulmonar de células no pequeñas.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): El paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) El paciente tiene NSCLC escamoso metastásico que avanzó después de la quimioterapia basada en platino; O 2) el paciente tiene mutación EGFR sensibilizante conocida. Para metástasis cerebral de NSCLC: El paciente tiene una mutación EGFR sensibilizante conocida.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

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

<b>Grupo de autorización previa</b>	HAEGARDA
<b>Nombres de medicamentos</b>	HAEGARDA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para angioedema hereditario (HAE): El medicamento solicitado se está utilizando para prevención de los ataques de angioedema agudo. El paciente tiene HAE con deficiencia del inhibidor C1 confirmado por análisis de laboratorio, O tiene HAE con inhibidor C1 normal confirmado por análisis de laboratorio. Para pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, O BIEN 1) el paciente tuvo resultado positivo para la mutación del gen plasminógeno o angiopoyetina-1 o F12; O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con antihistamínico durante al menos un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	HARVONI
<b>Nombres de medicamentos</b>	HARVONI
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hepatitis C crónica: Infección confirmada por presencia de ARN del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. El régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección de VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante de hígado y riñones, si corresponde. Las condiciones de la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Se aplican los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (Infectious Diseases Society of America, IDSA). Recordatorio de opción de 8 semanas si corresponde.
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	HERCEPTIN
<b>Nombres de medicamentos</b>	HERCEPTIN
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente con HER2 positivo, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino recurrente y avanzado con HER2 positivo, 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>	HERCEPTIN HYLECTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	HERCEPTIN HYLECTA
<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 el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) positivo de cáncer de mama.
<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. Todas las demás: Año del plan.
<b>Otros criterios</b>	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.

<b>Grupo de autorización previa</b>	HERZUMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	HERZUMA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente con HER2 positivo, metástasis 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>	HETLIOZ
<b>Nombres de medicamentos</b>	HETLIOZ
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para síndrome de sueño-vigilia no 24 horas: 1) Para terapia inicial y continuación de terapia: a) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (p. ej., retinas que no funcionan), y b) incapacidad de percibir luz en ambos ojos; Y 2) si está actualmente en terapia con el medicamento solicitado, el paciente debe cumplir al menos uno de estos requisitos: a) aumento del sueño total nocturno, o b) disminución de la duración de la siesta diurna. Para alteraciones nocturnas del sueño en el síndrome de Smith-Magenis (SMS): 1) para el tratamiento inicial y su continuación, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS Y 2) si se encuentra actualmente en tratamiento con el medicamento solicitado, observa una mejora en la calidad del sueño desde que lo comenzó.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Iniciación: 6 meses, renovación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	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>	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. 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.
<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 dorexina (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-PEDIATRIC UC S, 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 aromatasa 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, SAJAZIR
<b>Indicador 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 tirosinacinasasa. 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>	-

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

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

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

<b>Grupo de autorización previa</b>	IR BEFORE ER
<b>Nombres de medicamentos</b>	HYDROCODONE BITARTRATE ER, HYSINGLA ER, METHADONE HCL, METHADONE HYDROCHLORIDE I, MORPHINE SULFATE 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>	ACCUTANE, 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 onicomycosis por tinea, el diagnóstico fue confirmado por prueba diagnóstica fúngica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	IVERMECTIN TAB
<b>Nombres de medicamentos</b>	IVERMECTIN
<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>	Ascariasis, Cutaneous larva migrans, Mansonelliasis, Scabies, Gnathostomiasis, Pediculosis
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado no se receta para la prevención o el tratamiento de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19).
<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>	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
<b>Nombres de medicamentos</b>	JUXTAPID
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para inicio de la terapia para el tratamiento de hipercolesterolemia familiar homocigótica: 1) El paciente tiene un diagnóstico de hipercolesterolemia familiar homocigótica (homozygous familial hypercholesterolemia, HoFH) confirmado por análisis genético o criterios clínicos (ver Otros criterios), Y 2) antes del inicio del tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente recibe o recibía un régimen combinado de reducción de lípidos compuesto por, al menos, 2 de las siguientes opciones de tratamiento: estatinas de alta intensidad (o presentó intolerancia a las estatinas), fibratos, secuestrantes de ácidos biliares, ezetimiba o niacina, en las dosis máximas toleradas o a las dosis máximas aprobadas por la FDA, Y 3) antes del inicio del tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente presenta o presentó una respuesta inadecuada a dicho régimen de combinación, según lo demostrado por el colesterol de lipoproteína de baja densidad (low-density lipoprotein cholesterol, LDL-C) tratado, superior a 100 mg/dl (o superior a 70 mg/dl con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica). Para renovación de la terapia para el tratamiento de HoFH: 1) El paciente cumple todos los criterios iniciales Y 2) respondió a la terapia según lo demostró la reducción del LDL-C.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan

**Otros criterios**

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

**Grupo de autorización previa**

KALYDECO

**Nombres de medicamentos**

KALYDECO

**Indicador de indicaciones de PA**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

**Usos fuera de lo indicado**

-

**Criterios de exclusión**

-

**Información médica requerida**

Para fibrosis quística (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.

**Restricciones de edad**

4 meses de edad en adelante

**Restricciones del recetador**

-

**Duración de la cobertura**

Año del plan

**Otros criterios**

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, coccidioomicosis, histoplasmosis, cromomicosis o paracoccidioomicosis, O 2) El medicamento solicitado se prescribe para un paciente con síndrome de Cushing que no puede tolerar la cirugía o la cirugía no ha sido curativa.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	KEYTRUDA
<b>Nombres de medicamentos</b>	KEYTRUDA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer 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>	-

**Información médica requerida** 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 anaplástico (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).

**Restricciones de edad**

-

**Restricciones del recetador**

-

**Duración de la cobertura**

Año del plan

## Otros criterios

Para tumores sólidos (incluidos sarcoma de Ewing, osteosarcoma, tumores de glándulas suprarrenales, cáncer de pene): 1) La enfermedad es inoperable o metastásica Y 2) el tumor es MSI-H o dMMR o la carga mutacional tumoral es alta (mayor o igual que 10 mutaciones por megabase) Y 3) la enfermedad ha evolucionado luego del tratamiento previo y el paciente no cuenta con opciones de tratamiento alternativo satisfactorias. 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), O el medicamento solicitado se utilizará en combinación con quimioterapia. 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. Para el carcinoma hepatocelular: El paciente se trató previamente con sorafenib. Para el cáncer de riñón: El medicamento solicitado se utilizará en combinación con axitinib o lenvatinib. 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.

<b>Grupo de autorización previa</b>	KISQALI
<b>Nombres de medicamentos</b>	KISQALI, KISQALI FEMARA 200 DOSE, KISQALI FEMARA 400 DOSE, KISQALI FEMARA 600 DOSE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para el tratamiento del cáncer de mama con Kisqali (ribociclib) en combinación con un inhibidor de la aromatasas o Kisqali Femara Co-Pack (ribociclib y letrozole) como tratamiento endocrino inicial, se debe cumplir uno de los siguientes criterios: 1) la paciente es pre o perimenopáusicas O 2) la paciente es posmenopáusicas y ha presentado un avance de la enfermedad con Ibrance (palbociclib) o Verzenio (abemaciclib) o un evento adverso intolerable con Ibrance (palbociclib) Y Verzenio (abemaciclib). Para el tratamiento del cáncer de mama con Kisqali (ribociclib) en combinación con fulvestrant, se debe cumplir uno de los siguientes criterios: 1) el medicamento solicitado se utiliza con fulvestrant como tratamiento endocrino inicial en una paciente posmenopáusicas O 2) el medicamento solicitado se utiliza después del avance de la enfermedad en el tratamiento endocrino en una paciente posmenopáusicas y la paciente ha presentado un avance de la enfermedad con Ibrance (palbociclib) O Verzenio (abemaciclib) O un evento adverso intolerable con Ibrance (palbociclib) Y Verzenio (abemaciclib).
<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>	SAPROPTERIN DIHYDROCHLORI
<b>Indicador 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>	KYNMOBI
<b>Nombres de medicamentos</b>	KYNMOBI
<b>Indicador 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>	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 irresecable 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>	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>	LUMAKRAS
<b>Nombres de medicamentos</b>	LUMAKRAS
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

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

<b>Grupo de autorización previa</b>	LYNPARZA
<b>Nombres de medicamentos</b>	LYNPARZA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer de mama recurrente con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo y mutación de la línea germinal BRCA 1/2, cáncer de mama recurrente o metastásico HER2 positivo con mutación de la línea germinal BRCA 1/2
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso del cáncer de mama, la enfermedad debe cumplir con lo siguiente: 1) presentar mutación de la línea germinal BRCA 1/2 y 2) ser recurrente 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>	LYRICA CR
<b>Nombres de medicamentos</b>	LYRICA CR, PREGABALIN ER
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente 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>	MONJUVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	MONJUVI
<b>Indicador 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>	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 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 limitrofes 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 angiomasosa 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 (angiocoma, tumores desmoides/fibromas fibromógenas, tumor fibroso solitario y subtipos de hemangiopericytomesa), 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>	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>	DROXIDOPA, 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 carcinoideos) 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>	OMEPRAZOLE TABLETS (OTC)
<b>Nombres de medicamentos</b>	GNP OMEPRAZOLE, HM OMEPRAZOLE, OMEPRAZOLE, SM OMEPRAZOLE
<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>	Indicador de indicaciones de PA: Todas las indicaciones aprobadas por la FDA. Usos fuera de lo indicado: Ninguno Criterios de exclusión: Ninguno Información médica requerida: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con un ensayo de 4 semanas de cada uno de los siguientes: cápsulas de omeprazol 20 mg (omeprazol recetado) y tabletas de pantoprazol; O 2) el paciente experimentó una intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de 4 semanas cada uno de los siguientes: cápsulas de omeprazol y comprimidos de pantoprazol Restricciones de edad: Ninguno Restricciones del recetador: Ninguno Duración de la cobertura: Año del plan. Otros criterios: Ninguno
<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 glucéminas 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>	ONUREG
<b>Nombres de medicamentos</b>	ONUREG
<b>Indicador 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>	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>	ORGOVYX
<b>Nombres de medicamentos</b>	ORGOVYX
<b>Indicador 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>	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>	PANRETIN
<b>Nombres de medicamentos</b>	PANRETIN
<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 tópico de lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado al SIDA
<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>	PEGASYS
<b>Nombres de medicamentos</b>	PEGASYS
<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
<b>Nombres de medicamentos</b>	POMALYST
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, linfoma primario del sistema nervioso central (central nervous system, CNS).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para mieloma múltiple: El paciente ha recibido previamente al menos dos terapias para mieloma múltiple, incluido un agente inmunomodulador Y un inhibidor de proteosoma. Para el sarcoma de Kaposi, el paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) el paciente tiene el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o 2) el paciente presenta resultados negativos para el virus de la inmunodeficiencia humana (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>	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>	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>	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.
<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, corticosteroides, aminosalicilatos) 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, corticosteroides, aminosalicilatos) 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 reacomodamiento durante la transfección (RET) recurrente o avanzado
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todos los siguientes criterios: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, y 2) el tumor es positivo para la fusión del gen RET o positivo para el reacomodamiento del gen RET.
<b>Restricciones de edad</b>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas: 18 años de edad en adelante. Cáncer de tiroides medular y cáncer de tiroides: 12 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	REVLIMID
<b>Nombres de medicamentos</b>	REVLIMID
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin anomalía citogenética de eliminación de 5q, anemia asociada a mielofibrosis, síndrome de POEMS, neoplasmas mieloproliferativos, linfoma no hodgkiniano con los siguientes subtipos: linfoma difuso de células B grandes relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), trastorno linfoproliferativo postrasplante monomórfico, leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células B cutáneo primario, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfoma/leucemia de células T en adultos, micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma de células T angioinmunoblástico (angioimmunoblastic T-cell lymphoma, AITL), linfoma de células T periférico no especificado de otro modo (Peripheral T-cell Lymphoma Not Otherwise Specified, PTCL NOS), linfoma de células T asociado a enteropatía, linfoma de células T intestinal epiteliotrópico monomórfico, linfoma de células T periférico nodal, linfoma de células T folicular, linfoma de células grandes anaplásico cutáneo primario (Primary Cutaneous Anaplastic Large Cell Lymphoma, ALCL), linfoma hepatoesplénico de células T gamma/delta, linfoma de células B de alto grado.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para síndrome mielodisplásico (MDS): Riesgo de MDS de bajo a intermedio 1 con anemia sintomática según la escala del Sistema de Puntuación de Pronóstico Internacional (International Prognostic Scoring System, IPSS)
<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>	REZUROCK
<b>Nombres de medicamentos</b>	REZUROCK
<b>Indicador 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>	12 años de edad en adelante.
<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>	RIABNI
<b>Nombres de medicamentos</b>	RIABNI
<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>	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 leptomenígea 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, SKYRIZI PEN
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para 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 intergingivas) 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>	SUNITINIB MALATE, 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>	Sarcoma epitelioides: 16 años de edad en adelante, linfoma folicular: 18 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<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>	TEPMETKO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TEPMETKO
<b>Indicador 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>	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 el tratamiento de la corea asociado con la enfermedad de Huntington: El paciente debe tener una respuesta previa inadecuada o evento adverso intolerable con terapia con deutetrabenazine. Para el tratamiento de la discinesia tardía: El paciente debe presentar una respuesta previa inadecuada o un evento adverso intolerable debido al tratamiento con deutetrabenazine o valbenazine.
<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 isozima de la isozima 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 leptomenígea 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>	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 tiene al menos una mutación F508del en el gen regulador de conductancia transmembrana de fibrosis quística (CFTR) O el paciente tiene una mutación en el gen CFTR con respuesta a la potenciación con elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor según datos de ensayos clínicos 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>	TRUSELTIQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	TRUSELTIQ
<b>Indicador 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>	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>	LAPATINIB DITOSYLATE
<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>	UBRELVY
<b>Nombres de medicamentos</b>	UBRELVY
<b>Indicador 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 con un agonista de los receptores de triptán 5-HT1 O 2) El paciente ha experimentado una intolerancia al agonista de los receptores de triptán 5-HT1 O 3) El paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de agonistas de los receptores de triptán 5-HT1.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	UKONIQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	UKONIQ
<b>Indicador 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>	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 glucéminas 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) rhabdomyosarcoma 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>	WELIREG
<b>Nombres de medicamentos</b>	WELIREG
<b>Indicador 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>	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>	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 leucotriene o theophylline de liberación sostenida) a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a tales terapias. Para continuación de terapia de asma alérgico solamente: El control del asma del paciente mejoró con el tratamiento con el medicamento solicitado desde el inicio de la terapia. Para la terapia inicial para urticaria idiopática crónica (chronic idiopathic urticaria, CIU): 1) Se evaluó al paciente por otras causas de urticaria, como angioedema relacionado con bradiquinina y síndromes de urticaria asociados a IL-1 (trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial), y 2) El paciente experimentó inicio espontáneo de ronchas, angioedema o ambos, durante al menos 6 semanas. Para terapia de continuación de CIU: El paciente experimentó respuesta (p. ej., mejora de síntomas) desde el inicio de la terapia.
<b>Restricciones de edad</b>	Para CIU: 12 años de edad en adelante. Para asma alérgico: 6 años de edad en adelante. Para pólipos nasales: 18 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Asma alérgica y pólipos nasales: 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, 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 angiomasosa 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 MI Health Link Medicare-Medicaid es un plan de salud con contratos con Medicare y Medicaid de Michigan 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) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. 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.