

## Criterios de PA

<b>Grupo de autorización previa</b>	ABIRATERONE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ABIRATERONE 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>	Cáncer de próstata, con ganglios positivos (N1), sin metástasis (M0)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<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 tipos de cáncer de piel distinto del melanoma en personas de alto riesgo; liquen plano; queratosis folicular (enfermedad de Darier)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Psoriasis: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia, o presenta una contraindicación al methotrexate o la cyclosporine.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ACTIMMUNE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ACTIMMUNE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Micosis fungoide; síndrome de Sézary.
<b>Criterios 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 previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, Y 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual que 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>	Inicial 3 meses, reautorización año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ALDURAZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALDURAZYME
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para 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. Pacientes con síndrome de Scheie deben tener síntomas moderados a 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>	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 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 de sexo biológico femenino, o una persona que se identifica 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, 6 meses Y 3) Se descartaron anomalías del tubo digestivo Y 4) Respuesta inadecuada a una terapia convencional (p. ej., antiespasmódicos, antidepresivos y antidiarreicos).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 y 2) un nivel de inhibidor de alfa1-proteinasa sérica en pretratamiento menor de 11 micromoles/l (80 mg/dl por inmunodifusión radial o 50 mg/dl por nefelometría).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 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 previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual que 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 (ADHD, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) o un trastorno de déficit de atención (ADD, Attention Deficit Disorder); O 2) el paciente tiene un 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>	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 crisis de gota dentro de los 12 meses previos; Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones a la dosis máxima tolerada de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y colchicina; Y 3) uso concurrente con la terapia hipouricemiante. 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>	-
<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) El paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia y se confirmó mediante una evaluación de laboratorio del sueño; O 2) el paciente tiene un diagnóstico de trastorno del sueño por turnos de trabajo (Shift Work Disorder, SWD); O 3) el paciente tiene un diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (Obstructive Sleep Apnea, OSA) y se confirmó mediante 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>	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 (CNS, Central Nervous System): 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, tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer de ovarios/cáncer de las trompas de Falopio, tipos de cáncer peritoneal primario: carcinosarcoma (tumores de Müller mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometriode de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado, tumores epiteliales limitofes de ovario (bajo potencial maligno) con implantes invasivos, y tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, tipos de sarcomas de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, carcinoma de células escamosas de la vulva, y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluidos la vasculopatía coroidea polipoidea y los subtipos de proliferación angiomatosa retiniana, edema macular posterior a la oclusión de la vena de la retina, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro, adenocarcinoma del intestino delgado.
<b>Criterios 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. El paciente presentó un evento adverso intolerable con Mvasi Y Zirabev, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio 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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, tumor de estroma gastrointestinal (Gastrointestinal Stromal Tumor, GIST) para una enfermedad no operable, recurrente o metastásica sin la mutación del exón 18 del gen del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (Platelet-Derived Growth Factor Receptor Alpha, PDGFRA)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, el paciente cumple con todos los siguientes criterios: 1) la enfermedad es FIP1L1-PDGFRA con reordenamiento; Y 2) la enfermedad presenta una mutación D842A del gen PDGFRA; Y 3) la enfermedad es resistente al imatinib. Para GIST, el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: 1) la mutación del exón 18 del gen PDGFRA, incluidas las mutaciones D842V del gen PDGFRA, O 2) el medicamento solicitado se utilizará después de obtener resultados insatisfactorios en, al menos, dos terapias aprobadas por la FDA en una enfermedad no operable, recurrente o metastásica sin la mutación del exón 18 del gen PDGFRA.
<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, ENGERIX-B, EPIRUBICIN HCL, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FLUOROURACIL, FREAMINE HBC 6.9%, 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>	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., corticosteroides 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., corticosteroides) 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 (HAE): El medicamento solicitado se está utilizando para el tratamiento de los ataques de angioedema agudo. El paciente tiene HAE con deficiencia del inhibidor C1 confirmado por análisis de laboratorio, O tiene HAE con inhibidor C1 normal confirmado por análisis de laboratorio. Para pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, O BIEN 1) el paciente obtuvo un resultado positivo para la mutación del gen plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1) o angiopoyetina-1 o F12; O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con un antihistamínico durante, al menos, un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	Inmunólogo, alergólogo, reumatólogo
<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
<b>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, linfoma de células grandes anaplásico primario cutáneo con CD30, papulosis linfomatoide con CD30.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BOSENTAN
<b>Nombres de medicamentos</b>	BOSENTAN
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hipertensión arterial pulmonar (Pulmonary Arterial Hypertension, PAH) (Grupo 1 de la 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 previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual que 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BOSULIF
<b>Nombres de medicamentos</b>	BOSULIF
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Leucemia linfocítica aguda con cromosoma Filadelfia (Philadelphia chromosome positive acute lymphoblastic leukemia, Ph+ ALL)
<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 la CML, incluidos los pacientes recientemente diagnosticados con CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: el paciente ha experimentado resistencia o intolerancia al imatinib o al dasatinib. Si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la CML, el paciente dio negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Tratamiento adyuvante sistémico para melanoma cutáneo
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para cáncer colorrectal: El paciente debe cumplir con los siguientes criterios: 1) el tumor es positivo para la mutación del gen BRAF V600E, 2) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de las siguientes opciones: a) como tratamiento posterior para la enfermedad avanzada o metastásica, o b) como tratamiento primario para metástasis metacrónica no operable. Para melanoma cutáneo: El paciente debe cumplir con todos los siguientes criterios: 1) el tumor es positivo para la mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con binimetinib; y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de las siguientes opciones: a) enfermedad metastásica o no operable, o b) tratamiento adyuvante sistémico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom, Vimpat, Xcopri, Spritam.
<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>	1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom, Vimpat, Xcopri, Spritam.
<b>Restricciones de edad</b>	16 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	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>	BUDESONIDE CAP
<b>Nombres de medicamentos</b>	BUDESONIDE
<b>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 y mantenimiento de la colitis microscópica en adultos
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente tuvo una recaída clínica después de terminar la terapia de tratamiento (inducción) para su uso en el mantenimiento de la colitis microscópica.
<b>Restricciones de edad</b>	Enfermedad de Crohn, tratamiento: 8 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Colitis microscópica, mantenimiento: 12 meses. Todas las demás indicaciones: 3 meses
<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>	El medicamento solicitado se receta para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides Y el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: 1) La paciente es una mujer embarazada o en periodo de lactancia y se receta el medicamento solicitado para terapia de inducción o posterior terapia de mantenimiento para tratamiento por dependencia de opioides, O 2) el medicamento solicitado se receta para terapia de inducción para la transición del consumo de opioides al tratamiento por dependencia de opioides; O 3) 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: La enfermedad es avanzada o recidivante, o está en estadio IV. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) La enfermedad es positiva para el protooncogén RET 2) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica. Para carcinoma hepatocelular: 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>	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 la psoriasis Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un esteroide tópico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para leucemia linfocítica crónica o linfoma linfocítico de células pequeñas: el paciente experimentó un evento adverso intolerable con el ibrutinib.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CAPLYTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CAPLYTA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	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 contraindicaciones a uno de los siguientes productos genéricos: A) aripiprazole, B) asenapine, C) olanzapine, D) quetiapine, E) risperidone, F) ziprasidone, Y el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes productos de marca: A) Latuda, B) Rexulti, C) Secuado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	Carcinoma de tiroides diferenciado: papilar, folicular y de células de Hurthle.
<b>Criterios 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>	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 respiratorias del paciente, O 2) El paciente tiene antecedentes de infección o colonización de pseudomonas aeruginosa en vías respiratorias.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 2, 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
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	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 una de las siguientes opciones: tratamiento por trastorno obsesivo compulsivo (OCD, Obsessive-Compulsive Disorder) o trastorno de angustia; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a una de las siguientes opciones: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI, Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor), o un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI, Selective Serotonin Reuptake Inhibitor); O 3) el medicamento solicitado se receta para la depresión; Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a dos de los siguientes: SNRI, SSRI, mirtazapine, bupropion.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CLORAZEPATE
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones: el recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con el medicamento solicitado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: La 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). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) el medicamento solicitado se utiliza simultáneamente con un SSRI o un SNRI hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para los síntomas de ansiedad O 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a POR LO MENOS DOS agentes de las siguientes clases: A) SSRI O b) SNRI.
<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.
<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, 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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer del sistema nervioso central (Central nervous system, SNC) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso de tratamiento adyuvante del melanoma y cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma): El paciente debe cumplir con los siguientes criterios: 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K) y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con vemurafenib. En el caso de melanoma no operable o metastásico: El paciente debe cumplir con los siguientes criterios: 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con vemurafenib (con o sin atezolizumab).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 presenta una 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 presenta una 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 inducción después de una respuesta al tratamiento previo con el mismo régimen para la leucemia mieloide aguda (Acute Myeloid Leukemia, AML). AML recidivante/refractaria al tratamiento como un componente de la repetición del régimen de inducción exitoso inicial.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide aguda: 1) el medicamento solicitado debe utilizarse en combinación con citarabine, 2) el paciente tiene 75 años o más, O tiene comorbilidades que impidan la quimioterapia intensiva; y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento para el tratamiento de inducción, el tratamiento posterior a la inducción o la 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 una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de las siguientes opciones: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DEXMETHYLPHENIDATE
<b>Nombres de medicamentos</b>	DEXMETHYLPHENIDATE HCL, DEXMETHYLPHENIDATE HYDROC
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Agotamiento relacionado con el cáncer
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o trastorno de déficit de atención (ADD), O 2) se receta el medicamento solicitado para el tratamiento del agotamiento relacionado con el cáncer después de haber descartado otras causas del agotamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con un triptano agonista de los receptores 5-HT1 O 2) El paciente ha experimentado una intolerancia al triptano agonista de los receptores 5-HT1 O 3) El paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de triptanos agonistas de los receptores 5-HT1.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	Para todas las indicaciones: el recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con el medicamento solicitado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: La 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). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) el medicamento solicitado se utiliza simultáneamente con un SSRI o un SNRI hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para los síntomas de ansiedad O 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a POR LO MENOS DOS agentes de las siguientes clases: A) SSRI, b) SNRI.
<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.

<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>	El paciente presenta dolor por osteoartritis en articulaciones, susceptible al tratamiento tópico, como pies, tobillos, rodillas, manos, muñecas o codos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 previo a un procedimiento programado es menos que 50,000/mcl. Para trombocitopenia inmunitaria (ITP, immune thrombocytopenia) crónica: 1) Para nuevos pacientes: A) el paciente tuvo una respuesta inadecuada o es intolerante a un tratamiento previo como corticoesteroides o inmunoglobulinas, Y b) el recuento de plaquetas sin hacer la transfusión en cualquier momento antes de iniciar el medicamento solicitado es menor que 30,000/mcl O entre 30,000/mcl y 50,000/mc con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental donde se prevé pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente a traumatismos). 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 mayor que 200,000/mcl y menor o igual que 400,000/mcl, y dosis a ajustar al recuento de plaquetas lo suficientemente como para evitar sangrado clínicamente importante.
<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>	1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetine O 2) el paciente no puede tomar cápsulas de duloxetine por ningún motivo (p. ej., 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 las siguientes opciones: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion; O 2) el paciente no puede tragar formulaciones orales.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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
<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 activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) intolerancia o contraindicación a AINE. Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA, Body Surface Area) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, 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 methotrexate, cyclosporine o acitretin; O b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado; O c) sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco modificador de la enfermedad (FARME) biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10% de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas). Para hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): el paciente tiene enfermedad refractaria grave.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por presencia de ARN del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante de hígado y riñones, si corresponde. Las condiciones de la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la 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>	ERGOTAMINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	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>	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>	Para meduloblastoma en adultos: el paciente recibió quimioterapia anteriormente Y tiene tumores con mutaciones en la vía de señalización de Hedgehog
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	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 (RCC, Renal Cell Carcinoma) recidivante o en estadio IV, 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 paciente tiene una enfermedad con mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR, Epidermal Growth Factor Receptor) sensibilizante. 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 (HR, Hormone Receptor), sin receptor de factor de crecimiento dérmico humano 2 (HER2, Human Epidermal Receptor); Y 2) el medicamento solicitado se receta en combinación con exemestane, fulvestrant o tamoxifen; Y 3) el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento posterior. Para carcinoma de célula renal: La enfermedad es recidivante o avanzada, o está en estadio IV. 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>	FABRAZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	FABRAZYME
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas, o el paciente es una mujer portadora obligada sintomática.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FANAPT
<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 una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes productos genéricos: A) aripiprazole, B) asenapine, C) olanzapine, D) quetiapine, E) risperidone, F) ziprasidone, Y el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes productos de marca: A) Latuda, B) Rexulti, C) Secuado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 depende de corticoesteroides sistémicos y está en tratamiento con este tipo de medicamento, y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos con dosis optimizadas: a) corticoesteroide inhalado y b) controlador adicional (agonista beta2 de larga duración, modificador del leucotrieno o teofilina de liberación sostenida). Para 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>	FLUCYTOSINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	FLUCYTOSINE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	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 semanas
<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 posmenopáusica: la paciente cumple UNO de estos criterios (1 o 2): 1) antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) un puntaje T en pretratamiento menor o igual que -2.5 o puntaje T en pretratamiento mayor que -2.5 y menor que -1 con alta probabilidad de fractura según herramienta de evaluación de riesgo de fracturas (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: 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 el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por fragilidad; O 2) un puntaje T en pretratamiento es menor o igual que -2.5; O 3) puntaje T en pretratamiento mayor que -2.5 y menor que -1 con una alta probabilidad de fractura según FRAX en pretratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	24 meses en total, a menos que el paciente permanezca en alto riesgo de fractura y el beneficio supere el riesgo
<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>	Para carcinoma de célula renal avanzado: Se debe cumplir con los siguientes criterios: 1) la enfermedad es recidivante o refractaria, 2) el medicamento solicitado se debe utilizar después de, al menos, dos tratamientos sistémicos previos, y 3) el paciente experimentó un avance de la enfermedad o un evento adverso intolerable con un ensayo de cabozantinib.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom, Vimpat, Xcopri, Spritam. Para el tratamiento complementario de convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Vimpat, Spritam.
<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. 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>	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>	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
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): El paciente 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 una enfermedad con mutación del gen 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>	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 del crecimiento (Growth Hormone Deficiency, GHD) en niños: El paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) Menos de 2.5 años con estatura previa al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media y velocidad de crecimiento lenta; O 2) más de 2.5 años Y uno de los siguientes: A) velocidad de estatura 1 año previa al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media O b) estatura previa al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media y velocidad de crecimiento en 1 año más de 1 desviación estándar por debajo de la media, Y el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: 1) Dos pruebas de estimulación de hormonas del crecimiento (GH) con resultados insatisfactorios (pico por debajo de 10 ng/ml) en pretratamiento, O 2) Trastorno del CNS/hipofisario (p. ej., defectos genéticos, tumores del CNS, anomalías estructurales congénitas) y factor de crecimiento similar a la insulina (insulin-like growth factor, IGF-1) previo al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media O 3) El paciente es neonato o fue diagnosticado con GHD al nacer. Síndrome de Turner: 1) Confirmado por cariotipado Y 2) La estatura previa al tratamiento es inferior al 5.º percentil para la edad. Pequeño para la edad gestacional (Gestational Age, GA): 1) Peso al nacer inferior a 2500 g con una GA de más de 37 semanas, O peso o longitud al nacer por debajo del 3.º percentil para la GA o, al menos, 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la GA, Y 2) No manifestó un crecimiento acorde para los 2 años de edad.
<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

## Otros criterios

GHD en adultos: El paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) Dos pruebas de estimulación de hormonas del crecimiento sin resultados satisfactorios previas al tratamiento O 2) el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1) previo al tratamiento de más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media Y una prueba de estimulación de hormonas del crecimiento con resultados insatisfactorios en previa al tratamiento. (Nota: Las pruebas de estimulación incluyen lo siguiente: a) prueba de tolerancia a la insulina (Insulin Tolerance Test, ITT) [nivel de GH máximo menor o igual que 5 ng/ml], o b) prueba de estimulación con Macrilen [nivel de GH máximo menor que 2.8 ng/ml], o c) prueba de estimulación de glucagón (Glucagon-Stimulation Test, GST) [nivel de GH máximo menor o igual que 3 ng/ml] para el paciente con un índice de masa corporal [IMC] de entre 25 kg/m<sup>2</sup> y 30 kg/m<sup>2</sup> y una alta probabilidad previa a la prueba de GHD [p. ej., anomalías estructurales adquiridas] o un IMC inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>, o d) GST (nivel de GH máximo menor o igual que 1 ng/ml) en el paciente con IMC de entre 25 kg/m<sup>2</sup> y 30 kg/m<sup>2</sup> y una baja probabilidad previa a la prueba de GHD o IMC mayor que 30 kg/m<sup>2</sup>), O 3) enfermedad hipofisaria-hipotalámica orgánica (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más deficiencias de la hormona pituitaria Y un IGF-1 previo al tratamiento de más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media; O 4) anomalías hipofisarias-hipotalámicas estructurales o genéticas; O 5) GHD de aparición en la infancia con anomalía congénita (genética o estructural) del hipotálamo/la hipófisis/el CNS. Renovación para TS, SGA y GHD en niños, 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>	El medicamento solicitado se está utilizando para prevención de los ataques de angioedema agudo. El paciente tiene angioedema hereditario (HAE) con deficiencia o disfunción del inhibidor C1 confirmado por análisis de laboratorio, O tiene angioedema hereditario con inhibidor C1 normal confirmado por análisis de laboratorio. Para pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, O BIEN 1) el paciente obtuvo un resultado positivo para la mutación del gen plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1) o angiopoyetina-1 o F12; O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con un antihistamínico durante, al menos, un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	Inmunólogo, alergólogo, reumatólogo
<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 el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por presencia de ARN del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante de hígado y riñones, si corresponde. Las condiciones de la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la 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), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
<b>Criterios 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. El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción.

<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 cáncer de mama con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2.
<b>Criterios 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), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
<b>Criterios 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. El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción.

<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 no funcionales) y b) incapacidad de percibir la luz en cualquiera de los 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 el tratamiento de continuación, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS Y 2) si se encuentra actualmente en tratamiento con el medicamento solicitado, observa una mejora en la calidad del sueño desde que lo comenzó.
<b>Restricciones de edad</b>	Trastorno por ciclo de sueño y vigilia diferente de 24 horas: 18 años de edad en adelante. SMS: 16 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	Especialista en trastornos del sueño o neurólogo
<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 alternativo de no alto riesgo (HRM, High Risk Medication), amantadine, Y 2) el paciente tiene una contraindicación al medicamento alternativo no HRM, amantadine; O 3) el paciente ha probado el medicamento alternativo amantadine no HRM Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo no HRM, amantadine. Parkinson: 1) El paciente probó dos medicamentos de los siguientes alternativos que no son HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirole. Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole.
<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>	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, GUANFACINE 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>	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: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada; O 3) el paciente no ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda. Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) con el medicamento solicitado, el recetador determinó que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores está asociado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
<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 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: clorazepate o lorazepam; Y 2) el paciente tiene una contraindicación a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam; O 3) el paciente ha probado uno de los medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam. Ansiedad: 1) El paciente ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada; O 3) el paciente no ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda.
<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-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 para el medicamento alternativo doxepine de no alto riesgo (no-HRM) (3 mg o 6 mg) O 2) se ha probado el medicamento alternativo doxepine (3 mg o 6 mg) no-HRM Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo doxepine no-HRM (3 mg o 6 mg) Y 4) si el paciente utiliza dos o más medicamentos activos adicionales para el sistema nervioso central (CNS) (por ejemplo, lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el recetador ha determinado que tomar varios medicamentos activos para el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de diversos medicamentos activos para el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores está asociado con un mayor riesgo de sufrir caídas].
<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. 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>	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>	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>	Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) con el medicamento solicitado, el recetador ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores está asociado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
<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, síndrome de Behcet
<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): 1) Respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) intolerancia o contraindicación a los AINE. Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA, Body Surface Area) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, 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 methotrexate, cyclosporine o acitretin; O b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado; O c) sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco modificador de la enfermedad (FARME) biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10% de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, 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) 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>	El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con el medicamento solicitado es mayor que los posibles riesgos para el paciente. (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). El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a la doxepin (3 mg o 6 mg).
<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. SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULATIVOS DE TERAPIA AL AÑO.
<b>Grupo de autorización previa</b>	IBRANCE
<b>Nombres de medicamentos</b>	IBRANCE
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Liposarcoma bien diferenciado o desdiferenciado no operable del área retroperitonea.
<b>Criterios 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 HAE con deficiencia del inhibidor C1 confirmado por análisis de laboratorio, O tiene HAE con inhibidor C1 normal confirmado por análisis de laboratorio. Para pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, O BIEN 1) el paciente obtuvo un resultado positivo para la mutación del gen plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1) o angiopoyetina-1 o F12; O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con un antihistamínico durante, al menos, un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	Inmunólogo, alergólogo, reumatólogo
<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 (CML) y leucemia linfocítica aguda (ALL)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para pacientes con leucemia mielógena crónica (CML) o leucemia linfocítica aguda (ALL): diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para la CML, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el paciente padece CML en fase acelerada o blástica y no se indica ningún otro inhibidor de la cinasa O 2) el paciente padece CML en fase crónica y ha experimentado resistencia o intolerancia a, al menos, 2 inhibidores de la cinasa anteriores Y, al menos, uno de ellos fue imatinib o dasatinib, O BIEN 3) el paciente obtuvo un resultado positivo para la mutación T315I.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 una AML recién diagnosticada y cumple con una de las siguientes condiciones: a) el paciente no es un candidato para la terapia de inducción intensiva o b) el paciente rechaza la quimioterapia de inducción intensiva O 2) el paciente tiene 60 años o más y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la inducción como respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado; O BIEN 3) el paciente tiene una AML recidivante o refractaria.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 tenosinovial de células gigantes (PVNS/TGCT, Pigmented Villonodular Synovitis/Tenosynovial Ggiant Cell Tumor), cordoma recurrente, melanoma, sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA, leucemia mielomonocítica crónica, enfermedad de injerto contra huésped crónica (chronic Graft Versus Host Disease, cGVHD), leucemia linfocítica aguda de linfocitos T, mastocitosis sistémica agresiva cuando hay eosinofilia con el gen de fusión FIP1L1-PDGFR
<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>	Tricoleucemia, linfoma linfoplasmacítico, linfoma folicular, linfoma del sistema nervioso central primario, linfoma de linfocitos B relacionado con el SIDA, transformación histológica de linfoma de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, linfoma difuso de linfocitos B grandes, trastornos linfoproliferativos postrasplante, linfoma de linfocitos B de alto grado.
<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 anterior O 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con rituximab como tratamiento previo a la terapia de inducción con un régimen basado en RHyperCVAD (rituximab, cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, y dexamethasone). En el caso del linfoma de zona marginal (incluido el linfoma del tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica [Mucosa-Associated Lymphoid Tissue, MALT], el linfoma MALT no gástrico, el linfoma ganglionar de la zona marginal y el linfoma esplénico de zona marginal): el paciente ha recibido, al menos, una terapia previa. Para leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se usará como agente único para el avance de la enfermedad. Para linfoma del sistema nervioso central primario: 1) la enfermedad es recidivante o refractaria al tratamiento O 2) el medicamento solicitado se utiliza como agente único para la terapia de inducción. Para la transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que recibieron quimioinmunoterapia previa. Para linfoma difuso de células B: el medicamento solicitado se usará como terapia de segunda línea o posterior. Para linfoma de células B relacionado con SIDA: el medicamento solicitado se utilizará como un solo agente y como terapia de segunda línea o posterior para enfermedad recidivante. Para trastornos linfoproliferativos posteriores a un trasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido una quimioterapia previa. Para linfoma de células B de alto grado: el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para linfoma folicular: el medicamento solicitado se utilizará como agente único.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	Pacientes pediátricos con epífisis cerrada
<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) Estatura de 3 desviaciones estándar o más por debajo de la media para niños de la misma edad y género Y 2) nivel inicial de IGF-1 de 3 desviaciones estándar o más por debajo de la media para niños de la misma edad y género Y 3) la prueba de la hormona del crecimiento sugestiva muestra un nivel de hormonas del crecimiento normal o elevado. Para la renovación, el paciente experimenta mejoras.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<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 tiroideo (papilar, de células de Hurthle o folicular).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma de células renales: la enfermedad es avanzada, recidivante o en estadio IV.
<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** INQOVI  
**Nombres de medicamentos** INQOVI  
**Indicador de indicaciones de PA** Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  
**Usos fuera de lo indicado** -  
**Criterios de exclusión** -  
**Información médica requerida** -  
**Restricciones de edad** -  
**Restricciones del recetador** -  
**Duración de la cobertura** Año del plan  
**Otros criterios** -

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

<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 pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente o avanzado con mutación positiva del receptor de factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (epidermal growth factor receptor, EGFR).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para NSCLC: 1) la enfermedad debe ser metastásica, avanzada o recurrente y 2) 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>	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, profilaxis de la Coccidioidomicosis en la infección por VIH, Cryptococcosis, profilaxis de la histoplasmosis en la infección por VIH, profilaxis de la infección micótica invasiva en pacientes con trasplante de hígado, Microsporidia, Talaromicosis (anteriormente Peniciliosis), Pitiriasis versicolor/Tinea versicolor, Eporotricosis, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea capitis, Tinea manuum y Tinea pedis
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Si es para el tratamiento de la onicomicosis por dermatófitos (tiña de las uñas), el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba diagnóstica fúngica (p. ej., preparación de hidróxido de potasio [KOH], cultivo fúngico o biopsia de uñas).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Histoplasmosis diseminada/CNS, Histoplasmosis/Coccidioidomicosis, ppx: 12 meses. Otras: 6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	IVIG
<b>Nombres de medicamentos</b>	BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LIQUID, GAMMAGARD S/D IGA LESS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Leucemia linfocítica crónica (CLL) de células B: 1) IgG sérica inferior a 500 mg/dL, O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para trasplante de médula ósea/trasplante de células madre hematopoyéticas (Bone Marrow Transplant/Hematopoietic Stem Cell Transplant, BMT/HSCT): 1) Se solicita IVIG dentro de los primeros 100 días después del trasplante O 2) IgG sérica inferior a 400 mg/dL. Para infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pediátrica: 1) IgG en suero inferior a 400 mg/dl O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para dermatomiositis y polimiositis: 1) se ha probado, al menos, un tratamiento de primera línea estándar (corticoesteroides o inmunosupresores) sin resultados satisfactorios, o que no fue tolerado O 2) el paciente no puede recibir la terapia estándar debido a una contraindicación u otro motivo clínico. Para aplasia pura de glóbulos rojos (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, leucemia linfocítica aguda (ALL), enfermedad de injerto contra huésped crónica, leucemia mielomonocítica crónica (Chronic Myelomonocytic Leukemia, CMML)-2, leucemia mieloide crónica atípica (Atypical Chronic Myeloid Leukemia, aCML) sin BCR-ABL, trombocitemia esencial y neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del gen JAK2
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la policitemia vera: pacientes con una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia con interferón o hidroxiuria. Para la leucemia linfocítica aguda: el paciente presenta una mutación del factor 2 similar al receptor de citocinas o (Cytokine Receptor-Like Factor 2, CRLF2) o una mutación asociada con la vía de activación de la cinasa Jano/los transductores de señal y activadores de transcripción (Janus Kinase/Signal Transducers and Activators of Transcription, JAK/STAT). Para la CMML-2: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un agente hipometilante. Para la aCML sin BCR-ABL: el medicamento solicitado se utiliza como agente único o en combinación con un agente hipometilante. Para la trombocitemia esencial: el paciente presentó una respuesta inadecuada o la pérdida de respuesta a la hidroxiurea, la terapia con interferón o la anagrelide. Para neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del JAK2: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KALYDECO
<b>Nombres de medicamentos</b>	KALYDECO
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para fibrosis quística (CF): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
<b>Restricciones de edad</b>	4 meses 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>	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), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
<b>Criterios 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. El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción.
<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 simultáneo de medicamentos que están contraindicados con comprimidos de dofetilide, quinidine, pimozide, cisapride, methadone, disopyramide, dronedarone, ranolazine, ergot alkaloids, irinotecan, lurasidone, oral midazolam, alprazolam, triazolam, felodipine, nisoldipine, tolvaptan, eplerenone, lovastatin, simvastatin o colchicine.
<b>Información médica requerida</b>	Los posibles beneficios superan los riesgos del tratamiento con ketoconazole por vía oral. Para infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene cualquiera de los siguientes diagnósticos: blastomicosis, Coccidioidomicosis, histoplasmosis, cromomicosis o paracoccidioidomicosis. Para el síndrome de Cushing: el medicamento solicitado se receta para un paciente que no puede tolerar la cirugía o que la cirugía no ha sido curativa.
<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 médicamente aceptadas
<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>	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 aromatasa o Kisqali Femara Co-Pack (ribociclib y letrozole) como tratamiento endocrino inicial, se debe cumplir uno de los siguientes criterios: 1) la paciente es premenopáusica o perimenopáusica O 2) la paciente es posmenopáusica y ha experimentado un evento adverso intolerable a Ibrance (palbociclib) Y Verzenio (abemaciclib) o tiene una contraindicación a Ibrance (palbociclib) Y Verzenio (abemaciclib). Para el tratamiento del cáncer de mama con Kisqali (ribociclib) en combinación con fulvestrant, se debe cumplir uno de los siguientes criterios: 1) el medicamento solicitado se utiliza con fulvestrant como tratamiento endocrino inicial en una paciente posmenopáusica O 2) el medicamento solicitado se utiliza después del avance de la enfermedad en el tratamiento endocrino en una paciente posmenopáusica y la paciente ha presentado un evento adverso intolerable con Ibrance (palbociclib) Y Verzenio (abemaciclib) O tiene una contraindicación a 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>	Endocrinólogo
<b>Duración de la cobertura</b>	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>	Para el tratamiento de continuación de episodios recidivantes en la enfermedad de Parkinson: El paciente experimenta mejorías 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>	LAPATINIB
<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>	Metástasis cerebral por cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cordoma con receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) recurrente, cáncer colorrectal de tipo natural con amplificación del HER2, con mutaciones de los genes RAS y BRAF, en combinación con trastuzumab.
<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>	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 endometrial recurrente
<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 no es susceptible al tratamiento con yodo radioactivo y es inoperable, localmente recurrente, persistente o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: la enfermedad es irresecable o inoperable, local, metastásica o con una extensa carga tumoral del hígado. Para el carcinoma de células renales: la enfermedad es avanzada, recidivante o en estadio IV. En el caso de carcinoma endometrial, la paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) la enfermedad es avanzada o recurrente, 2) la enfermedad no es de inestabilidad microsatelital alta (Microsatellite Instability-High, MSI-H) o no coincide en la reparación deficiente (Mismatch Repair Deficient, dMMR), 3) el paciente presentó un avance de la enfermedad después de un tratamiento sistémico anterior Y 4) la paciente no es candidata para una cirugía curativa o radiación.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LEUPROLIDE
<b>Nombres de medicamentos</b>	LEUPROLIDE 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>	Uso en combinación con la hormona del crecimiento en niños con insuficiencia de crecimiento y pubertad en progreso, tumores de la glándula salival recurrentes con receptor andrógeno.
<b>Criterios 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>	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: La enfermedad es recidivante o metastásica. Para adenocarcinoma gástrica o de la unión gastroesofágica, se deben cumplir todos los criterios: 1) la enfermedad es inoperable, localmente avanzada, recurrente o metastásica; y 2) el paciente ha sido tratado previamente con al menos dos líneas de quimioterapia anteriores.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	LORBRENA
<b>Nombres de medicamentos</b>	LORBRENA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cinasa de linfoma anaplásico (Anaplastic Lymphoma Kinase, ALK): cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente o avanzado positivo después de progresión en: A) crizotinib como primer tratamiento con ALK y tratamiento posterior con crizotinib en pacientes con enfermedad asintomática o lesiones aisladas, o B) brigatinib como primera terapia con inhibidores de ALK. Supresor de silenciamiento (Repressor of Silencing, ROS) -1 NSCLC recurrente, avanzado o 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>	Diagnóstico de enfermedad de Pompe confirmada por ensayo de enzima que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima ácido alfa glucosidasa (acid alpha-glucosidase, 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 PED
<b>Nombres de medicamentos</b>	LUPRON DEPOT-PED (1 MES), LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	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 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 una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (Gonadotropin Releasing Hormone, GnRH) O nivel puberal de un ensayo de la hormona luteinizante (Luteinizing Hormone, LH) de tercera generación, 2) la evaluación de la edad ósea contra la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP y 3) la aparición de las características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años en pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años en pacientes de sexo masculino.
<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>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LUPRON-ENDOMETRIOSIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	LUPRON DEPOT (1 MES), LUPRON DEPOT (3 MESES)
<b>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, tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, cáncer epitelial de ovarios/cáncer de las trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 que 10 g/dl), O 2) el medicamento solicitado se usará antes de la cirugía de mioma uterino.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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. Para cáncer de próstata: El paciente ha progresado en el tratamiento previo con un tratamiento dirigido al receptor de andrógenos. Para cáncer epitelial de ovario, de las trompas de Falopio o peritoneal primario: 1) el medicamento solicitado se utiliza para la terapia de mantenimiento para el estadio II a IV o la enfermedad recurrente en pacientes que presentan una respuesta completa o parcial a la quimioterapia, O 2) el paciente tiene una enfermedad con una mutación del gen BRCA en la estirpe germinal perjudicial o sospechosa avanzada, recurrente o persistente después de dos o más regímenes de quimioterapia previos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	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 con gabapentin, el paciente ha experimentado una intolerancia a la gabapentin o el paciente tiene una contraindicación a la gabapentin.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 (puntuación Child Turcotte Pugh [CTP] de clase B o C)
<b>Información médica requerida</b>	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por presencia de ARN del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [puntuación CTP de clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con la resistencia, cuando corresponda, y estado del trasplante de hígado y riñones, si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (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 la AASLD y la 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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Caquexia relacionada con el cáncer en adultos
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la suspensión oral de megestrol de 40 mg/ml.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma), cáncer de ovario seroso de grado bajo.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para metástasis cerebral de melanoma, tratamiento adyuvante del melanoma y cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma): 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., mutación BRAF V600E o V600K) y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. En el caso de melanoma no operable o metastásico: 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., mutación BRAF V600E o V600K) y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único o en combinación con dabrafenib. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas y cáncer anaplásico tiroideo: 1) Tumor con mutación del gen BRAF V600E y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para melanoma uveal: el medicamento solicitado se usará como agente único. Para cáncer de ovario seroso de grado bajo: El medicamento solicitado se utilizará para tratar la enfermedad persistente o recurrente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	Tratamiento adyuvante sistémico para melanoma cutáneo
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para melanoma cutáneo: El paciente debe cumplir con todos los siguientes criterios: 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes casos: a) enfermedad metastásica o no operable o b) tratamiento adyuvante sistémico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	METADATE ER, METHYLPHENIDATE 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 de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) o Trastorno de Déficit de Atención (ADD) O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño O 3) el medicamento solicitado se receta para el tratamiento del agotamiento relacionado con el cáncer después de haber descartado otras causas de agotamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 tumores del sistema nervioso central (CNS): astrocitoma/oligodendroglioma supratentorial infiltrante de bajo grado en adultos (Grado II de la WHO), ependimoma espinal e intracraneal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma en adultos, linfoma primario del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebral limitada y extensiva, tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer de ovarios/cáncer de las trompas de Falopio, tipos de cáncer peritoneal primario: carcinosarcoma (tumores de Müller mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma 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, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, carcinoma de células escamosas de la vulva, y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluidos la coroidopatía polipoidea y los subtipos de proliferación 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 y adenocarcinoma del intestino delgado.
<b>Criterios 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>	Para enfermedad de mucopolisacaridosis tipo VI: Diagnóstico de mucopolisacaridosis tipo VI confirmado por ensayo de enzimas 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 la cirugía) y expectativa de recuperación del hipoparatiroidismo.
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NERLYNX
<b>Nombres de medicamentos</b>	NERLYNX
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), metástasis cerebral del cáncer de mama con HER2.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	NEXAVAR
<b>Nombres de medicamentos</b>	NEXAVAR
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Leucemia mieloide aguda, sarcoma de tejido blando (angioma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva y subtipos de tumores fibrosos solitarios), tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma recurrente, cáncer epitelial de ovario, cáncer de las trompas de Falopio, cáncer primario peritoneal.
<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 azacitidine o decitabine para la inducción de tratamiento de baja intensidad o el tratamiento posterior a la remisión Y el paciente tiene 60 años de edad o más con una mutación FLT3-ITD O 2) la enfermedad es recidivante/refractaria al tratamiento Y el medicamento solicitado es un componente de repetición de la inducción correcta inicial si se produce una recaída tardía (mayor o igual que 12 meses); O BIEN 3) la enfermedad es recidivante/refractaria al tratamiento Y el medicamento solicitado se utiliza en combinación con azacitidine o decitabine si el paciente obtiene un resultado positivo para la mutación del gen FLT3-ITD. En el caso de carcinoma de células renales, el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) La enfermedad es avanzada Y 2) el paciente ha experimentado la progresión de la enfermedad o un evento adverso intolerable con un ensayo de cabozantinib o axitinib.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 cadena ligera, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico
<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
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	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 constante y persistente de la presión arterial sistólica de, al menos, 20 mmHg O disminución de la presión arterial diastólica de, al menos, 10 mmHg dentro de los 3 minutos de estar de pie tras la prueba de inclinación con la cabeza hacia arriba. Para la continuación de la terapia para el nOH, el paciente presentó beneficios de la terapia (p. ej., una disminución sostenida de mareos, aturdimiento o sensación de desmayo). Para 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 multisistémica, 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>	NOXAFIL SUSP
<b>Nombres de medicamentos</b>	NOXAFIL
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se administrará por vía oral. Para el tratamiento de candidiasis orofaríngea: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o presenta una contraindicación al fluconazole.
<b>Restricciones de edad</b>	13 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Candidiasis orofaríngea: 1 mes. Todas las otras indicaciones: 6 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>	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>	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>	Control tumoral de timomas y carcinomas tímicos.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para acromegalia (inicial): 1) El paciente tiene alto nivel de factor de crecimiento insulínico 1 (IGF-1) en pretratamiento para la edad o género, según el rango de referencia de laboratorio, y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O existe razón clínica para que el paciente no haya sido sometido a cirugía o radioterapia. Para acromegalia (continuación de la terapia): el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia. Para el control de timomas y carcinomas tímicos, el medicamento solicitado se utilizará como terapia sistémica de segunda línea en pacientes con una enfermedad metastásica no operable o extratorácica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<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), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
<b>Criterios 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. El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción.

<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 padece diabetes que requiere administración de insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) el paciente controla sus propios niveles de glucosa 4 o más veces al día O el paciente utiliza un monitor continuo de glucosa; Y 3) el paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes factores con el régimen actual de diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, fluctuaciones considerables en los niveles de glucosa en la sangre, fenómeno de episodios constantes e intensos de hiperglucemia activa durante la madrugada y variaciones graves de la glucemia.
<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), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
<b>Criterios 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. El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción.

<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>	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 previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual que 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 del dolor intercurrente en un paciente que padece CÁNCER con dolor subyacente causado por el CÁNCER, Y 2) el código de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases, ICD) proporcionado respalda el diagnóstico RELACIONADO 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]. Y 3) el paciente actualmente recibe, y continuará recibiendo, tratamiento con opioides las 24 horas del día para el dolor subyacente causado por el CÁNCER, Y 4) el medicamento solicitado solo se debe utilizar en pacientes que tengan tolerancia a los opioides. El paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada según sus antecedentes actuales de consumo de opioides. [Nota: Se considera que el paciente presenta tolerancia a los opioides cuando se encuentra en tratamiento las 24 horas del día con los siguientes medicamentos: al menos 60 mg de morphine por vía oral por día, al menos 25 mcg por hora de fentanyl transdérmico, al menos 30 mg de oxycodone por vía oral por día, al menos 60 mg de hydrocodone por vía oral por día, al menos 8 mg de hydromorphone por vía oral por día, al menos 25 mg de oxymorphone por vía oral por día o una dosis equianalgésica de otro opioide diario durante una semana o más].
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
<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>	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>	Para tratar la caquexia asociada con el SIDA (desgaste asociado al VIH) o mejorar el crecimiento en pacientes que padecen 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>	Síndrome de Turner: año del plan. Todos los demás diagnósticos: 6 meses
<b>Otros criterios</b>	Se denegará la cobertura si la solicitud se realiza para una indicación excluida de Medicare 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 con el 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>	PAXIL SUSP
<b>Nombres de medicamentos</b>	PAXIL
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	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>	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>	Neoplasia mieloproliferativa (trombocitemia esencial, policitemia vera y mielofibrosis sintomática de bajo riesgo), mastocitosis sistémica, leucemia/linfoma de linfocitos T en adultos, micosis fungoide/síndrome de Sézary y trastornos cutáneos primarios linfoproliferativos de linfocitos T CD30+.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hepatitis C crónica: virus de la hepatitis C (Hepatitis C virus, HCV) confirmado por la presencia de ARN del virus de la hepatitis C HCV en suero antes de iniciar el tratamiento y el régimen de tratamiento planificado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	HCV: entre 12 y 48 semanas según el régimen. VHB: 48 semanas. Todos los demás: 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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
<b>Criterios 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>	PHYTONADIONE TABLETS
<b>Nombres de medicamentos</b>	PHYTONADIONE
<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: Ninguna Restricciones de edad: Ninguna Restricciones del recetador: Ninguna Duración de la cobertura: Año del plan Otros criterios: Ninguno

<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 (CNS) y síndrome de POEMS.
<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>	POSACONAZOLE
<b>Nombres de medicamentos</b>	POSACONAZOLE DR
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se administrará por vía oral.
<b>Restricciones de edad</b>	Tratamiento de aspergilosis invasiva: 13 años de edad o más, profilaxis de las infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: 2 años de edad en adelante.
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<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 el 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 la neuralgia posherpética, el dolor neuropático asociado con neuropatía periférica diabética, el dolor neuropático relacionado con el cáncer o su tratamiento, Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a gabapentin, O 3) el medicamento solicitado se receta como tratamiento complementario para convulsiones de inicio parcial O 4) el medicamento solicitado se receta para el control de la fibromialgia o el control del dolor neuropático asociado a una lesión de la médula espinal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PREVMIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	PREVMIS
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	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 profilaxis de la infección y la enfermedad por citomegalovirus (CMV): 1) el paciente es seropositivo para el CMV, 2) el paciente se sometió a un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (HSCT) Y 3) el medicamento solicitado no se utilizará después de los 100 días posteriores al trasplante.
<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>	PROCRIT
<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>	Los requisitos relativos a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) para todos los usos, excepto anemia causada por quimioterapia o síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene depósitos de hierro adecuados (definidos como saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20%) Y 2) para todos los usos, excepto cirugía: la Hgb en pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) es inferior a 10 g/dl (menos de 9 g/dl para la anemia solo en insuficiencia cardíaca congestiva), Y 3) para MDS: El nivel de eritropoyetina sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/l o menos. Para reautorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos, excepto cirugía: 1) el paciente ha recibido al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina, Y 2) el paciente respondió a la terapia con eritropoyetina Y 3) la Hgb actual es menor que 12 g/dl Y 4) para todos los usos, excepto anemia debido a quimioterapia o MDS: el paciente tiene depósitos de hierro adecuados (definidos como un TSAT superior o igual al 20%).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	16 semanas
<b>Otros criterios</b>	La cobertura incluye el uso en la anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. 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).

<b>Grupo de autorización previa</b>	PROMACTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	PROMACTA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	<p>Para trombocitopenia inmune (immune thrombocytopenia, ITP) persistente o crónica:</p> <p>1) Para nuevos pacientes: a) el paciente presentó una respuesta inadecuada o es intolerante a un tratamiento previo como corticoesteroides o inmunoglobulinas, b) el recuento de plaquetas (plt) sin realizar la transfusión en cualquier momento antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O entre 30,000/mcl y 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental donde se prevé pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente a traumatismo Y c) Solo para pacientes con ITP crónica: el paciente presentó una respuesta inadecuada o es intolerante al avatrombopag. 2) Para la continuación del tratamiento, la respuesta de recuento de plaquetas al medicamento solicitado: a) el recuento de plaquetas actual igual o inferior a 200,000/mcl, O b) el recuento de plaquetas actual es superior a 200,000/mcl, e inferior o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará al recuento de plaquetas lo suficientemente como para evitar un sangrado importante desde el punto de vista clínico. Para trombocitopenia asociada a 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) el recuento de plaquetas actual es de entre 50,000/mcl y 200,000/mcl, O 2) el recuento de plaquetas actual es inferior a 50,000/mcl y el paciente no recibió un tratamiento ajustado de manera adecuada durante, al menos, 16 semanas, O 3) el recuento de plaquetas actual es inferior a 50,000/mcl y el paciente no depende de transfusiones O 4) el recuento de plaquetas actual es superior a 200,000/mcl e inferior o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará para alcanzar y mantener un recuento de plaquetas objetivo adecuado.</p>
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	HCV: 6 meses, ITP/AA inicial: 6 meses, ITP REAUTORIZACIÓN: Año del plan, AA reautorización: APR-Año del plan, IPR-16 semanas
<b>Otros criterios</b>	APR: respuesta plaquetaria adecuada (superior a 50,000/mcl). IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (inferior a 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 una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes productos genéricos: A) aripiprazole, B) asenapine, C) olanzapine, D) quetiapine de liberación inmediata, E) risperidone y F) ziprasidone. Para todas las indicaciones: si el paciente tiene 65 años o más Y utiliza dos o más medicamentos activos del sistema nervioso central (CNS) adicionales (p. ej., lorazepam, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam y zolpidem) con el medicamento solicitado, el recetador determinó que tomar varios medicamentos activos del sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario. [Nota: El uso de diversos medicamentos activos para el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores está asociado con un mayor riesgo de sufrir caídas].
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 y 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 el estreñimiento causado por el consumo de opioides en un paciente adulto con enfermedad avanzada o dolor causado por el cáncer activo, lo cual requiere un aumento de la dosis de opioides para cuidados paliativos, O 2) el medicamento solicitado se receta para el estreñimiento causado por el consumo de opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer, incluido el dolor crónico relacionado con un cáncer anterior o su tratamiento, que no requiere un aumento frecuente (p. ej., semanal) de la dosis de opioides, Y 3) el paciente no puede tolerar medicamentos por vía oral, O 4) se probó un medicamento por vía oral indicado para el estreñimiento causado por el consumo de opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer (p. ej., Movantik), Y 5) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento por vía oral indicado para tratar el estreñimiento causado por el consumo de opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer (p. ej., Movantik) O 6) el paciente presenta una contraindicación que prohibiría probar un medicamento por vía oral indicado para tratar el estreñimiento causado por el consumo de opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer (p. ej., Movantik).
<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 padece una enfermedad fistulizante, O 2) el paciente presenta una respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides) O 3) el paciente presenta intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional. Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) el paciente presenta una respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides) O 2) el paciente presenta intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional. Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) el paciente cumple CON CUALQUIERA de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX) o leflunomide, O b) el paciente presenta intolerancia o contraindicación al MTX o leflunomide, Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al MTX, O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico anterior o un FARME sintético específico. Para espondilitis anquilosante activa (solo nuevos inicios): Respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O intolerancia o contraindicación a medicamentos AINE. Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) al menos un 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle y áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, cyclosporine o acitretin, O b) el tratamiento farmacológico con MTX, cyclosporine o acitretin está contraindicado O c) el paciente sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un FARME biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos un 10% de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle y áreas intertriginosas] están afectadas).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan

**Otros criterios**

Para hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): el paciente tiene enfermedad refractaria grave. Para uveítis (solo para nuevos inicios): El paciente presentó una respuesta inadecuada o intolerancia, o tiene una contraindicación para someterse a una prueba de terapia con inmunosupresores para tratar la uveítis. Para indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de lo indicado que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Renflexis y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, como se describe en la información de prescripción.

<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 padece una enfermedad fistulizante, O 2) el paciente presenta una respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides) O 3) el paciente presenta intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional. Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) el paciente presenta una respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides) O 2) el paciente presenta intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional. Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) el paciente cumple CON CUALQUIERA de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX) o leflunomide, O b) el paciente presenta intolerancia o contraindicación al MTX o leflunomide, Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al MTX, O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico anterior o un FARME sintético específico. Para espondilitis anquilosante activa (solo nuevos inicios): Respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O intolerancia o contraindicación a medicamentos AINE. Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) al menos un 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle y áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, cyclosporine o acitretin, O b) el tratamiento farmacológico con MTX, cyclosporine o acitretin está contraindicado O c) el paciente sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un FARME biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos un 10% de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle y 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>	Para hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): el paciente tiene enfermedad refractaria grave. Para uveítis (solo para nuevos inicios): El paciente presentó una respuesta inadecuada o intolerancia, o tiene una contraindicación para someterse a una prueba de terapia con inmunosupresores para tratar la uveítis.

<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 del cromosoma 5q, anemia asociada a mielofibrosis, síndrome de POEMS, neoplasias mieloproliferativas, linfoma no hodgkiniano con los siguientes subtipos: linfoma no germinal difuso de linfocitos B grandes relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), trastorno linfoproliferativo postrasplante monomórfico, leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma difuso de células B grandes, linfoma de linfocitos B cutáneo primario, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfoma/leucemia de linfocitos T en adultos, micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma de linfocitos T angioinmunoblástico (angioimmunoblastic T-cell lymphoma, AITL), linfoma de linfocitos T periférico no especificado de otro modo (peripheral T-cell lymphoma not otherwise specified, PTCL NOS), linfoma de linfocitos T asociado a enteropatía, linfoma de linfocitos T intestinal epiteliotrópico monomórfico, linfoma de linfocitos T periférico nodal, linfoma de linfocitos T folicular, linfoma de células grandes anaplásico cutáneo primario (primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma, ALCL), linfoma hepatoesplénico de linfocitos T, linfomas de linfocitos B de alto grado, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica del linfoma folicular a linfoma difuso de linfocitos B grandes, sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA y mieloma asintomático.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para síndrome mielodisplásico (MDS): Menor riesgo de padecer MDS con anemia sintomática según el Sistema de Puntuación de Pronóstico Internacional Revisado (Revised International Prognostic Scoring System, IPSS-R), el Sistema de Puntuación de Pronóstico Internacional (International Prognostic Scoring System, IPSS) o el Sistema de Puntuación de Pronóstico basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WPSS, World Health organization classification-based Prognostic Scoring System).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 de células pequeña (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de zona marginal (ganglionar, esplénica, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de linfocitos B cutáneo primario, linfoma de linfocitos B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de linfocitos B de alto grado no especificado de otra manera, transformación histológica del linfoma folicular a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, enfermedad de Castleman, linfoma de linfocitos B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (post-transplant lymphoproliferative disorder, PTLD), linfoma linfoblástico de linfocitos B], púrpura trombocitopénica idiopática o inmunitaria (immune or idiopathic thrombocytopenic purpura, ITP) refractaria, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad crónica de injerto contra huésped (chronic graft-versus-host disease, GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (con predominio linfocítico nodular), linfoma del CNS primario, metástasis leptomenígea de los linfomas, leucemia linfocítica aguda, prevención del virus de Epstein-Barr (Epstein-Barr virus, EBV) relacionado con PTLD, esclerosis múltiple, reacciones adversas relacionadas con un inhibidor de puntos de control inmunitario, artritis reumatoide de actividad de moderada a intensa 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>	El paciente experimentó un evento adverso intolerable a Truxima Y Ruxience, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción.
<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 hodgkiniano [linfoma linfocítico de células pequeña (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de zona marginal (ganglionar, esplénico, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de linfocitos B cutáneo primario, linfoma de linfocitos B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de linfocitos B de alto grado no especificado de otra manera, transformación histológica del linfoma folicular a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, enfermedad de Castleman, linfoma de linfocitos B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de linfocitos B], púrpura trombocitopénica idiopática o inmunitaria (ITP) refractaria, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombótica trombocitopénica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (con predominio linfocitario nodular), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfocítica aguda, prevención del virus de Epstein-Barr (EBV) relacionado con PTLD, esclerosis múltiple y efectos adversos relacionados con un inhibidor de puntos de control inmunitario.
<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>	El paciente experimentó un evento adverso intolerable a Truxima Y Ruxience, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción.

<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>	Enfermedad de Castleman (Castleman's disease, CD), linfoma de linfocitos B de alto grado, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal nodal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, linfomas de zona marginal (linfoma de zona marginal ganglionar, MALT gástrico y no gástrico, y linfoma esplénico de zona marginal), linfoma de células del manto, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma cutáneo primario de linfocitos B (p. ej., linfoma cutáneo de zona marginal o linfomas cutáneos del centro folicular), leucemia de células pilosas y linfoma linfocítico de células pequeña (SLL).
<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo para ROS1 recurrente o avanzado, tumores sólidos de la fusión positiva de gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (neurotrophic tyrosine receptor kinase, NTRK) avanzados, recurrentes o reincidentes, y tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión positiva del gen NTRK.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso de todos los tumores sólidos de la fusión positiva de gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK), la enfermedad no presenta una mutación de resistencia adquirida conocida.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	Para cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con una mutación del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) perjudicial (de estirpe germinal o somático): 1) el paciente recibió un tratamiento de terapia dirigida por receptores androgénicos, 2) el paciente se sometió a un tratamiento de quimioterapia con taxanos o el paciente no es apto para recibir quimioterapia, 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) análoga o después de una orquiectomía bilateral Y 4) el paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib). Para el tratamiento de mantenimiento de pacientes que padecen cáncer epitelial de ovario, de trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario recurrente que han presentado una respuesta completa o parcial a la quimioterapia con platino, el paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib). Para el tratamiento de pacientes con una mutación perjudicial del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) (de línea germinal o somática) relacionada con la mutación, el cáncer epitelial de ovario, de trompas de Falopio o el cáncer peritoneal primario que se trataron con dos o más quimioterapias: si se recetó para el cáncer de ovario avanzado con mutación perjudicial de la estirpe germinal de BRCA, el cual se trató con dos o más quimioterapias previas, el paciente experimentó una reacción adversa con un ensayo de Lynparza (olaparib).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 hodgkiniano [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de zona marginal (ganglionar, esplénico, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de linfocitos B cutáneo primario, linfoma de linfocitos B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de linfocitos B de alto grado no especificado de otra manera, transformación histológica del linfoma folicular a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de linfocitos B], púrpura trombocitopénica idiopática o inmunitaria (ITP) refractaria, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombótica trombocitopénica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (con predominio linfocitario nodular), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfocítica saguda, prevención del virus de Epstein-Barr (EBV) relacionado con PTLD, esclerosis múltiple, reacciones adversas relacionadas con un inhibidor de puntos de control inmunitario, pénfigo vulgar y artritis reumatoide de actividad de moderada a intensa.
<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 (AML) recidivante o refractaria, neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del FGFR1 o FLT3, tratamiento de mantenimiento posterior a la remisión en el caso de leucemia mieloide aguda (AML), reinducción de enfermedad residual para leucemia mieloide aguda (AML).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide aguda (AML): La AML debe contar con un resultado positivo para la mutación FLT3. Para neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del FGFR1 o FLT3: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SAPROPTERIN
<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 un ensayo terapéutico del medicamento solicitado, el paciente debe haber experimentado una mejora (por ejemplo, reducción en los niveles de fenilalanina en sangre, mejora en los síntomas neuropsiquiátricos).
<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>	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>	Endocrinólogo
<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 previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual que 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SIRTURO
<b>Nombres de medicamentos</b>	SIRTURO
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o tras la consulta con dicho especialista.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<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 un 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle y áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes casos: a) el paciente experimentó una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB y PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado o c) el paciente padece psoriasis grave que justifica el uso de un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico como tratamiento de primera línea. Es decir, al menos un 10% de la superficie corporal (BSA) o áreas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle y 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>	Control tumoral de tumores neuroendocrinos (neuroendocrine tumor, NET) del pulmón, timo (tumores carcinoides) o gastrinoma primario no operable, además de 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. Para continuación de terapia de acromegalia: el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia. Para control tumoral, el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes casos: 1) tumor neuroendocrino del timo o del pulmón en pacientes con enfermedad no operable locoregional o enfermedad metastásica distante, O 2) gastrinoma primario no extirpable O 3) feocromocitomas y paragangliomas que se utilizan para cualquiera de los siguientes casos: a) enfermedad sintomática no operable localmente con resultado positivo para el receptor de la somatostatina por adquisición de imágenes O b) tumor que secreta líquidos en una enfermedad 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>	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. Para continuación de terapia de acromegalia: el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

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

<b>Grupo de autorización previa</b>	STELARA
<b>Nombres de medicamentos</b>	STELARA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 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 y 2) el paciente tuvo respuesta inadecuada o intolerancia o contraindicación a dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa). Para artritis psoriásica (psoriatic arthritis PsA) activa (nuevos pacientes): 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 ulcerosa de actividad de moderada a intensa (nuevos pacientes): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a Humira (adalimumab) y Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	STIVARGA
<b>Nombres de medicamentos</b>	STIVARGA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Tumor de estroma gastrointestinal (GIST) progresivo, osteosarcoma, glioblastoma, angiosarcoma, sarcoma suave de tejido retroperitoneal/intraabdominal, rabdomioma, tumor fibroso solitario y sarcoma de tejido blando de las extremidades, pared corporal, cabeza y cuello, cáncer colorrectal avanzado.
<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
<b>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 sarcoma alveolar de partes blandas), cordoma recurrente, carcinoma tímico.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para carcinoma de célula renal, el paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o en estadio IV.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
<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>	-
<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 (HSCT) para pacientes con leucemia mieloide crónica (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 de melanoma, carcinoma de tiroides (carcinomapapilar, folicular, y de células de Hurthle), cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso de metástasis cerebrales de melanoma, tratamiento adyuvante del melanoma y cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma): 1) Tumor con mutación de activación BRAF V600 positiva (p. ej., V600E o V600K), y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con trametinib. En el caso de melanoma no operable o metastásico: 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), y 2) el medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con trametinib. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) Tumor con resultado positivo para la mutación de BRAF V600E y 2) el medicamento solicitado se usará como un solo agente o en combinación con trametinib. Para carcinoma de tiroides con histología papilar, folicular o de Hurthle: Tumor con mutación de activación del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TAGRISSO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TAGRISSO
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente o avanzado con mutación positiva del receptor de factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (EGFR), metástasis cerebral por sensibilización del NSCLC positivo a la mutación EGFR, metástasis cerebral por el NSCLC positivo a la mutación EGFR
<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 paciente cumple con lo siguiente: a) el paciente tiene NSCLC metastásico, avanzado o recurrente (incluidas metástasis cerebral o leptomenígea por NSCLC) y b) el paciente tiene una mutación sensibilizante del EGFR O 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) la solicitud es para el tratamiento adyuvante del NSCLC después de la resección del tumor y b) el paciente tiene una enfermedad con mutación positiva 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): 1) 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 y 2) el paciente tuvo respuesta inadecuada o 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) ha tenido una respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE); O 2) intolerancia o contraindicación a AINE.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	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 en el gen de susceptibilidad al cáncer de mama de la estirpe germinal (BRCA) recurrente
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso del cáncer de mama metastásico o recurrente con mutación de la estirpe germinal BRCA (gBRCAm), el paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TARGRETIN TÓPICO
<b>Nombres de medicamentos</b>	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, leucemia/linfoma de linfocitos T en adultos crónico o latente, linfoma de zona marginal primario cutáneo, linfoma de centro folicular primario cutáneo.
<b>Criterios 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 linfocítica 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 la CML, incluidos los pacientes recientemente diagnosticados con CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: el paciente ha experimentado resistencia o intolerancia al imatinib o al dasatinib. Si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para CML, el resultado para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E es negativo. Para GIST, el paciente debe haber sufrido una progresión de la enfermedad con imatinib, sunitinib y 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: 1) El medicamento solicitado se receta para tratar menos del 20 por ciento de la superficie corporal del paciente Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a, al menos, un corticoesteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de corticoesteroides tópicos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Cáncer pulmonar de células no pequeñas recurrente o avanzado, cáncer de mama recurrente triple negativo con PD-L1 positivo en combinación con paclitaxel protein-bound.
<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 (definido como células inmunitarias infiltrantes de tumor teñidas PD-L1 [IC] que cubren un 5 % o más del área del tumor); O 2) el paciente no es apto para ningún tipo de quimioterapia que contenga platino. En el caso de cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), el paciente tiene una enfermedad recurrente, avanzada o metastásica Y el medicamento solicitado se utilizará como cualquiera de las siguientes opciones: 1) Tratamiento de primera línea de tumores con alta expresión de PD-L1 (definida como tinción de PD-L1 mayor o igual al 50 % de las células tumorales, o células inmunitarias infiltrantes de tumor teñidas con PD-L1 [IC] que cubren un 10 % o más del área del tumor) y sin observación de anomalías tumorales genómicas ALK o EGFR, 2) se utiliza en combinación con carboplatin, paclitaxel y bevacizumab, o en combinación con carboplatin y paclitaxel albumin-bound para NSCLC no escamocelular, o 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior o tratamiento de continuación del mantenimiento. Para carcinoma hepatocelular: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	El recetador debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento solicitado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente. (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). El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a la doxepin (3 mg o 6 mg).
<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.
<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>	Hipogonadismo primario o hipogonadotrópico: 1) La solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona y el paciente tuvo un nivel de testosterona bajo en la mañana confirmado de acuerdo con las directrices de la práctica actual o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”). O 2) la solicitud no es para la continuación del tratamiento con testosterona y el paciente tiene, por lo menos, dos niveles de testosterona en la mañana bajos confirmados de acuerdo con las directrices de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”). Disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar la terapia 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>	Hipogonadismo primario o hipogonadotrópico: 1) La solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona y el paciente tuvo un nivel de testosterona bajo en la mañana confirmado de acuerdo con las directrices de la práctica actual o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. O 2) la solicitud no es para la continuación del tratamiento con testosterona y el paciente tiene, por lo menos, dos niveles de testosterona en la mañana bajos confirmados de acuerdo con las directrices de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar la terapia 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>	El paciente utilizará el medicamento solicitado 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>	-
<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 el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), caquexia, diarrea asociada con VIH, sarcoma de Kaposi relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 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: La caquexia se debe a cáncer o 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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Condrosarcoma convencional (grados 1 a 3) o desdiferenciado
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente tiene una enfermedad con mutación susceptible de isotrato deshidrogenasa-1 (IDH1). Para la leucemia mieloide aguda (AML): 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 fisiológicos de edad o más y rechaza la quimioterapia de inducción intensiva; O 2) el paciente tiene 60 años fisiológicos de edad o más y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la inducción después de una respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado; O 3) el paciente tiene un ALD recidivante o refractario al tratamiento. Para colangiocarcinoma no operable o metastásico: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la progresión durante el tratamiento sistémico o después de este.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización de pseudomonas aeruginosa en vías respiratorias.
<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>	Hipogonadismo primario o hipogonadotrópico: 1) La solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona y el paciente tuvo un nivel de testosterona bajo en la mañana confirmado de acuerdo con las directrices de la práctica actual o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. O 2) la solicitud no es para la continuación del tratamiento con testosterona y el paciente tiene, por lo menos, dos niveles de testosterona en la mañana bajos confirmados de acuerdo con las directrices de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio estándar [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar la terapia 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), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2, metástasis leptomeníngea por cáncer de mama con HER2, cáncer de unión esofágica y esofagogástrica con HER2, carcinoma seroso uterino recurrente o avanzado con HER2, cáncer colorrectal con amplificación del HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.
<b>Criterios 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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Disforia de género
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso de disforia de género, el paciente cumple uno de estos criterios (1 o 2): 1) El medicamento solicitado se utiliza para suprimir la pubertad y el paciente se encuentra en estadio de Tanner 2 o superior O 2) el paciente se encuentra en transición de género y el paciente recibirá el medicamento solicitado de forma concomitante con hormonas de reasignación de género.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	En el caso de hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual que 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>	El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
<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>	-
<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 hodgkiniano [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de zona marginal (nodal, esplénica, MALT gástrico y no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma de linfocitos B cutáneo primario, linfoma de linfocitos B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de linfocitos B de alto grado no especificado de otra manera, transformación histológica de linfoma folicular a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica de linfoma nodal de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, enfermedad de Castleman, linfoma de linfocitos B relacionado con el SIDA, leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma de linfocitos B linfoblástico], púrpura trombocitopénica idiopática o inmunitaria refractaria (ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad crónica injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (con predominio linfocitario nodular), linfoma del CNS primario, metástasis leptomeníngea de los linfomas, leucemia linfocítica aguda, prevención del virus de Epstein-Barr (EBV) relacionado con la PTLD, esclerosis múltiple, reacciones adversas relacionadas con un inhibidor de puntos de control inmunitario 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) 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>	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>	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente presenta una contraindicación a un triptano agonista de receptores de 5-HT1.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	UCERIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	BUDESONIDE 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 tiene una contraindicación a, por lo menos, un tratamiento con ácido 5-aminosalicílico (5-ASA).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	2 meses
<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 padece diabetes que requiere administración de insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) el paciente controla sus propios niveles de glucosa 4 o más veces al día O el paciente utiliza un monitor continuo de glucosa; Y 3) el paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes factores con el régimen actual de diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, fluctuaciones considerables en los niveles de glucosa en la sangre, fenómeno de episodios constantes e intensos de hiperglucemia activa durante la madrugada y variaciones graves de la glucemia.
<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 sistémica de cadenas ligeras, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocitario, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de linfocitos T en adultos, leucemia linfocítica aguda, sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA, linfoma de Hodgkin, síndrome de POEMS
<b>Criterios 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>	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o presenta una contraindicación a la 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 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), mieloma múltiple, leucemia mieloide aguda recidivante o refractaria (acute myeloid leukemia, AML), AML en pacientes de 60 años fisiológicos de edad o mayores.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En caso de leucemia mieloide aguda (AML), se deben cumplir todos los siguientes criterios: 1) paciente mayor de 60 años fisiológicos 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) el medicamento solicitado se utilizará para enfermedades recidivantes o refractarias. En el caso de neoplasia de células dendríticas plasmocitadas blásticas (BPDCN), se debe cumplir cualquiera de los siguientes criterios: 1) el paciente tiene una enfermedad sistémica tratada con intención paliativa O 2) el paciente tiene una enfermedad recidivante o refractaria. En el caso de mieloma múltiple, se deben cumplir todos los siguientes criterios: 1) la enfermedad es recidivante o progresiva Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dexamethasone Y 3) el paciente tiene una translocación t(11:14).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	En el caso de hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]), diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual que 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>	Para el tratamiento de un paciente gravemente enfermo con esquizofrenia que no respondió adecuadamente al tratamiento antipsicótico estándar (es decir, esquizofrenia resistente al tratamiento), 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: A) aripiprazole, B) asenapine, C) olanzapine, D) quetiapine, E) risperidone, F) ziprasidone Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes productos de marca: A) Latuda, B) Rexulti, C) Secuado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Tumores sólidos positivos para la fusión del gen receptor de la tirosinacinas neurotrófico (NTRK) avanzados, recurrentes o persistentes, tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión del gen NTRK.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso de todos los tumores sólidos de la fusión positiva de gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK), la enfermedad no presenta una mutación de resistencia adquirida conocida.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; y 2) el paciente tiene una enfermedad con mutación del 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>	El paciente se administrará el medicamento solicitado por vía oral o intravenosa.
<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>	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>	En el caso de hepatitis C: 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: La enfermedad es avanzada o recidivante, o está en estadio IV. Para sarcoma de tejido blando (soft tissue sarcoma, STS): El paciente no tiene sarcoma de tejido blando adiposo. En el caso de sarcoma uterino: La enfermedad es 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>	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>	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Latuda, Rexulti, Secuado. Para el tratamiento a corto plazo de episodios maníacos o combinados asociados con el trastorno bipolar I: El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: productos genéricos: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone. Para el tratamiento de episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar I (depresión bipolar): 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: olanzapine, quetiapine Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al producto de marca Latuda.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, NSCLC con amplificación MET o mutaciones por omisión del exón 14 de MET de alto nivel, tumor miofibroblástico inflamatorio (inflammatory myofibroblastic tumor, IMT).
<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 paciente tiene NSCLC recurrente, avanzado o metastásico ALK-positivo, 2) el paciente tiene NSCLC recurrente, avanzado o metastásico ROS-1 positivo, o 3) el paciente tiene NSCLC con amplificación MET o mutaciones por omisión del exón 14 de MET de alto nivel. Para IMT, la enfermedad es ALK positivo. En el caso del linfoma anaplásico de células grandes, la enfermedad es recidivante o refractaria al tratamiento y ALK positivo.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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): 1) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al methotrexate (MTX); O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológica previa o un FARME sintético dirigido. 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>	XERMELO
<b>Nombres de medicamentos</b>	XERMELO
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	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>	XGEVA
<b>Nombres de medicamentos</b>	XGEVA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	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 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 que 30 UI/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, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del FLT3
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento del FLT3: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
<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>	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>	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 a, al menos, un medicamento estimulante del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., amphetamine, dextroamphetamine o methylphenidate) O tiene contraindicación que podría prohibir una prueba de drogas estimulantes del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., amphetamine, dextroamphetamine o methylphenidate) [Nota: La cobertura de anfetaminas 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>	Recetado o en consulta con un especialista en trastornos del sueño o neurólogo.
<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>	Neutropenia en los síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, neutropenia en la anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (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, el paciente debe 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>	En el caso de cáncer ovárico, de trompas de Falopio o peritoneal primario, el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes contextos: 1) como tratamiento de mantenimiento del cáncer epitelial de ovarios, trompas de Falopio o peritoneal primario de estadio II a IV en pacientes que presentan una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino de primera línea Y si se sabe que el paciente tiene una enfermedad con mutación del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA), El paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib), 2) como tratamiento de mantenimiento del cáncer epitelial recurrente de ovario, trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario en pacientes que presentan una respuesta completa o parcial a la quimioterapia Y el paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib), 3) como tratamiento del cáncer avanzado, persistente o recurrente de ovario, trompa de Falopio o peritoneal primario en pacientes tratados con tres o más regímenes de quimioterapia previos y cuyo cáncer está asociado con un estado positivo de deficiencia de recombinación homóloga (homologous recombination deficiency, HRD) definido por a) una mutación del gen BRCA perjudicial o sospechosa Y si se prescribe para una mutación avanzada persistente, o por cáncer de ovario recurrente con una mutación del gen BRCA en la estirpe germinal perjudicial o sospechosa, el paciente experimentó una reacción adversa inaceptable con un ensayo de Lynparza (olaparib), o b) inestabilidad genómica y progresión más de seis meses después de la respuesta a la última quimioterapia basada en platino, o 4) en combinación con bevacizumab para el cáncer epitelial de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal primario persistente o recurrente sensible al platino.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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 (es decir, carcinoma papilar, carcinoma folicular y carcinoma de células de Hurthle), cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma), terapia sistémica adyuvante para el melanoma cutáneo.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso de tratamiento adyuvante del melanoma y cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma): 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K) y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con cobimetinib. En el caso de melanoma no operable o metastásico: 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), y 2) el medicamento solicitado se usará como un solo agente o en combinación con cobimetinib (con o sin atezolizumab). En el caso de la enfermedad de Erdheim-Chester: Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600E; y 2) el paciente tiene una enfermedad recurrente, avanzada o metastásica. Por carcinoma de tiroides: 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF positiva; y 2) el paciente tiene carcinoma folicular refractario al radioyodo, carcinoma de células de Hurthle o carcinoma papilar de tiroides. En el caso de leucemia de células pilosas: El medicamento solicitado se utilizará para el 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>	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 tumores del sistema nervioso central (CNS): astrocitoma/oligodendroglioma supratentorial infiltrante de bajo grado en adultos (Grado II de la WHO), ependimoma espinal e intracraneal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma en adultos, linfoma primario del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebral limitada y extensiva, tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer de ovarios/cáncer de las trompas de Falopio, tipos de cáncer peritoneal primario: carcinosarcoma (tumores de Müller mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometrioide de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado, tumores epiteliales limítrofes de ovario (bajo potencial maligno) con implantes invasivos, y tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, tipos de sarcomas de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, carcinoma de células escamosas de la vulva, y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluidos la coroidopatía polipoidea y los subtipos de proliferación 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, carcinoma hepatocelular y adenocarcinoma del intestino delgado.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZOLINZA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZOLINZA
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Micosis fungoide; síndrome de Sézary.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones del recetador</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ZYDELIG
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZYDELIG
<b>Indicador de indicaciones de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos fuera de lo indicado</b>	Leucemia linfocítica crónica refractaria o recidivante (CLL)/linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma folicular recidivante o refractario, linfomas de la zona marginal [linfoma de zona marginal nodal, linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica (MALT), linfoma MALT no gástrico, y linfoma de zona marginal esplénica].
<b>Criterios 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) con ALK recurrente o avanzado, NSCLC recurrente, avanzado o metastásico con ROS1, tumor miofibroblástico inflamatorio (inflammatory myofibroblastic tumor, IMT), metástasis cerebrales de NSCLC.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En caso de NSCLC, el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica con ALK o ROS1. Para tumor miofibroblástico inflamatorio, la enfermedad es ALK positivo. En el caso de metástasis cerebral por NSCLC: el paciente tiene NSCLC con ALK.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<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>	-

Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare y Ohio Medicaid de Ohio para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como braille, audio o letra grande. Llame al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.