

Criterios de PA

Grupo de autorización previa	ACITRETIN
Nombres de medicamentos	ACITRETIN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) no excluidas de la Parte D, prevención de cáncer de piel no melanoma en personas con alto riesgo, liquen plano, queratosis folicular (enfermedad de Darier).
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	ACTIMMUNE
Nombres de medicamentos	ACTIMMUNE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, micosis fungoide, síndrome de Sézary, dermatitis atópica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ADEMPAS
Nombres de medicamentos	ADEMPAS
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (Grupo 1 de la OMS): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (chronic thromboembolic pulmonary hypertension, CTEPH) (Grupo 4 de la OMS): El paciente tiene CTEPH persistente o recurrente después de endarterectomía pulmonar (pulmonary endarterectomy, PEA), O BIEN el paciente tiene CTEPH inoperable con diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho Y por tomografía computarizada (computed tomography, CT), resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) o angiografía pulmonar. Solo para nuevos inicios (sin incluir CTEPH persistente/recurrente después de PEA): 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, Y 2) presión de enclavamiento de capilares

Grupo de autorización previa ADEMPAS
pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood.

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa AFINITOR

Nombres de medicamentos AFINITOR, AFINITOR DISPERZ

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas del timo, linfoma de macroglobulinemia/linfoplasmocítico de Waldenstrom, subtipos de sarcoma de tejido blando: tumores de célula epitelioide perivascular (PEComa), angiomiolipoma, linfangioleiomiomatosis, tumor neuroendócrino del timo, carcinoma de tiroides (papilar, células Hurthle y folicular), osteosarcoma.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida Para cáncer de mama: 1) Paciente con enfermedad HER2 negativo y receptor de hormona metastásico o recurrente positivo, 2) Se usará Afinitor en combinación con exemestane, y 3) La enfermedad de la paciente a) avanzó dentro de los 12 meses de la terapia con inhibidor de aromatasa no esteroideo, O b) se trató previamente con tamoxifen. Para carcinoma de célula renal: 1) La enfermedad tuvo una recidiva, metastásica o no operable, y 2) Para enfermedades de histología celular predominantemente clara, la enfermedad avanzó con terapia antiangiogénica previa (p. ej., sunitinib).

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa AIMOVIG

Nombres de medicamentos AIMOVIG

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida 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 (antiepileptic drug, AED), agentes bloqueantes betaadrenérgicos, antidepresivos, O 3) El paciente experimentó intolerancia o contraindicaciones que prohíban la prueba de 4 semanas con cualquiera de los siguientes medicamentos: Medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueantes betaadrenérgicos, antidepresivos.

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Grupo de autorización previa	AIMOVIG
Duración de la cobertura	Inicial 3 meses, reautorización año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ALDURAZYME
Nombres de medicamentos	ALDURAZYME
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ALECENSA
Nombres de medicamentos	ALECENSA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, cáncer pulmonar de células no pequeñas recurrente con cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK) positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ALOSETRON
Nombres de medicamentos	ALOSETRON HYDROCHLORIDE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se receta para una mujer biológica o una persona que se autoidentifica como mujer con diagnóstico de síndrome de colon irritable (irritable bowel syndrome, IBS) con diarrea grave predominante Y 2) Síntomas de IBS crónicos que duren al menos 6 meses Y 3) Anormalidades del tracto gastrointestinal descartadas Y 4) Respuesta inadecuada a la terapia convencional.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR
Nombres de medicamentos ARALAST NP, PROLASTIN-C, ZEMAIRA
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida Los pacientes deben tener enfisema clínicamente evidente. Los pacientes deben tener 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). Los pacientes deben tener un volumen espiratorio forzado posterior a broncodilatación en pretratamiento (forced expiratory volume, FEV1) de 1 segundo mayor o igual al 25 % y menor o igual al 80 % de lo previsto.

Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios -

Grupo de autorización previa ALUNBRIG
Nombres de medicamentos ALUNBRIG
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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 AMPYRA
Nombres de medicamentos DALFAMPRIDINE ER
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida Para nuevos inicios: Antes de iniciar la terapia, el paciente demuestra una dificultad sostenida para caminar. Para continuación de la terapia: El paciente debe haber experimentado una mejora de la velocidad de caminata u otra medición objetiva de la capacidad de caminar desde que se inició el tratamiento con el medicamento solicitado.

Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios -

Grupo de autorización previa ANADROL
Nombres de medicamentos ANADROL-50
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, caquexia asociada con SIDA (desgaste de VIH), anemia de Fanconi.
Criterios de exclusión -

Grupo de autorización previa	ANADROL
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	APOKYN
Nombres de medicamentos	APOKYN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	ARCALYST
Nombres de medicamentos	ARCALYST
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan la terapia para bajar el urato.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para prevención de brotes de gota en miembros que inician o continúan el tratamiento para bajar el urato (es decir, allopurinol o febuxostat) (nuevos inicios): 1) dos o más brotes de gota dentro de los 12 meses previos, Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones a la dosis máxima tolerada de medicamentos antiinflamatorios no esteroides y colchicina, Y 3) uso concurrente con la terapia para bajar el urato (es decir, allopurinol o febuxostat). Para prevención de brotes de gota en miembros que inician o continúan el tratamiento para bajar el urato (es decir, allopurinol o febuxostat) (continuación): 1) el miembro debe haber alcanzado o mantenido un beneficio clínico (es decir, menor cantidad de brotes de gota o de días de brote) en comparación con el valor inicial, Y 2) uso continuado de terapia para bajar el urato concurrente con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Para prevención de brotes de gota: 4 meses. Otros: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ARMODAFINIL
Nombres de medicamentos	ARMODAFINIL
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-

Grupo de autorización previa	ARMODAFINIL
Información médica requerida	1) Diagnóstico de narcolepsia confirmado por evaluación de laboratorio de sueño O 2) Diagnóstico de trastorno de trabajo por turnos (shift work disorder, SWD) O 3) Diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (obstructive sleep apnea, OSA) confirmado por polisomnografía.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AURYXIA
Nombres de medicamentos	AURYXIA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	AUSTEDO
Nombres de medicamentos	AUSTEDO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AVASTIN
Nombres de medicamentos	AVASTIN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, cáncer de mama, tipos de tumor del sistema nervioso central (central nervous system, CNS): gliomas anaplásicos y ependimoma espinal e intracraneal en adultos, mesotelioma pleural maligno, tumores malignos del cordón ovárico-estroma; tipos de sarcoma de tejido blando: sarcoma de Kaposi relacionado con SIDA, angiosarcoma y hemangiopericitoma/tumor fibroso solitario, cáncer uterino, cáncer de endometrio, edema macular diabético, degeneración macular relacionada con la edad neovascular (húmeda) incluida coroidopatía polipoidea y proliferación angiomatosa retiniana, edema macular por oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro.
Criterios de exclusión	-

Grupo de autorización previa AVASTIN
Información médica requerida -
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.

Grupo de autorización previa B vs. D
Nombres de medicamentos ABELCET, ABRAXANE, ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, ADRIAMYCIN, ADRUCIL, ALBUTEROL SULFATE, ALIMTA, AMBISOME, AMINOSYN II, AMINOSYN-PF, AMINOSYN-PF 7%, AMPHOTERICIN B, APREPITANT, AZACITIDINE, AZATHIOPRINE, BENDEKA, BLEOMYCIN SULFATE, BUDESONIDE, CALCITONIN-SALMON, CALCITRIOL, CARBOPLATIN, CINACALCET HYDROCHLORIDE, CISPLATIN, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 1, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 2, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5, CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%, CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%, CLINIMIX 5%/DEXTROSE 25%, CLINOLIPID, CROMOLYN SODIUM, CYCLOPHOSPHAMIDE, CYCLOSPORINE, CYCLOSPORINE MODIFIED, CYTARABINE AQUEOUS, DACARBAZINE, DEPO-PROVERA, DEXRAZOXANE, DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID, DOCETAXEL, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, EMEND, ENGERIX-B, EPIRUBICIN HCL, ETOPOSIDE, FASLODEX, FLUOROURACIL, FREAMINE HBC 6.9%, FREAMINE III, FULVESTRANT, GAMASTAN S/D, GANCICLOVIR, GEMCITABINE, GEMCITABINE HCL, GENGRAF, GRANISETRON HCL, HEPARIN SODIUM, HEPATAMINE, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, HYDROMORPHONE HCL, IBANDRONATE SODIUM, IFEX, IFOSFAMIDE, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), INTRALIPID, INTRON A, IPRATROPIUM BROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUT, IRINOTECAN, KADCYLA, LEUCOVORIN CALCIUM, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, LEVALBUTEROL HYDROCHLORID, LEVOCARNITINE, LIDOCAINE HCL, METHOTREXATE SODIUM, METHYLPREDNISOLONE, METHYLPREDNISOLONE ACETAT, METHYLPREDNISOLONE SODIUM, MITOMYCIN, MORPHINE SULFATE, MYCOPHENOLATE MOFETIL, MYCOPHENOLIC ACID DR, NEBUPENT, NEPHRAMINE, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, ONDANSETRON HYDROCHLORIDE, ONDANSETRON ODT, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PAMIDRONATE DISODIUM, PARICALCITOL, PREDNISOLONE, PREDNISOLONE SODIUM PHOSP, PREDNISON, PREDNISON INTENSOL, PREMASOL, PROCALAMINE, PROGRAF, PROSOL, RABAVERT, RAPAMUNE, RECOMBIVAX HB, SANDIMMUNE, SENSIPAR, SIROLIMUS, TACROLIMUS, TAXOTERE, TDVAX, TENIVAC, TOPOSAR, TOPOTECAN HCL, TOPOTECAN HYDROCHLORIDE, TPN ELECTROLYTES, TRAVASOL, TROPHAMINE, VINBLASTINE SULFATE, VINCRISTINE SULFATE, VINOELBINE TARTRATE, XATMEP, ZOLEDRONIC ACID, ZORTRESS

Grupo de autorización previa	B vs. D
Usos cubiertos	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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	No aplicable
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BALVERSA
Nombres de medicamentos	BALVERSA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BANZEL
Nombres de medicamentos	BANZEL
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	1 año de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BENLYSTA
Nombres de medicamentos	BENLYSTA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	Nefritis de lupus activa grave. Lupus del sistema nervioso central activo grave.
Información médica requerida	Se diagnosticó al paciente con lupus eritematoso sistémico activo positivo en autoanticuerpos (systemic lupus erythematosus, SLE). El paciente actualmente recibe terapia estándar para SLE (p. ej., corticosteroides, azathioprine, leflunomide, methotrexate, mycophenolate mofetil, hydroxychloroquine, medicamentos antiinflamatorios no esteroides) O el paciente no recibe actualmente la terapia estándar para SLE porque probó y tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia estándar.
Restricciones de edad	-

Grupo de autorización previa	BENLYSTA
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BERINERT
Nombres de medicamentos	BERINERT
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE) con deficiencia del inhibidor C1 confirmado por análisis de laboratorio, O tiene angioedema hereditario con inhibidor C1 normal confirmado por análisis de laboratorio. Para pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, O BIEN 1) el paciente tuvo resultado positivo para la mutación del gen F12, O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con antihistamínicos durante al menos un mes.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BETASERON
Nombres de medicamentos	BETASERON
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Tener una forma recidivante de esclerosis múltiple (multiple sclerosis, MS) (p. ej., MS recidivante-remitente, MS progresiva-recidivante o MS progresiva secundaria con recidivas) O primer episodio clínico de MS.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BEXAROTENE
Nombres de medicamentos	BEXAROTENE, TARGRETIN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, micosis fungoide, síndrome de Sézary (solo cápsulas), tipos de trastorno linfoproliferativo de células T primario cutáneo con CD30 positivo: linfoma de células grandes anaplásico primario cutáneo (solo cápsulas) y papulosis linfomatoide (solo cápsulas), linfoma/leucemia de células T en adultos, crónico o latente (solo gel), tipos de linfoma de células B primario cutáneo: linfoma de zona marginal primario cutáneo (solo gel) y linfoma de centro folicular primario cutáneo (solo gel).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-

Grupo de autorización previa	BEXAROTENE
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BOSENTAN
Nombres de medicamentos	BOSENTAN, TRACLEER
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de OMS) confirmada por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BOSULIF
Nombres de medicamentos	BOSULIF
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, leucemia linfobástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo y recidivante/refractaria (Ph+ ALL).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML) confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML, el paciente cumplirá con uno de los siguientes criterios: 1) Paciente con CML en fase crónica, O 2) Paciente con CML en fase acelerada o de blastocitos, O 3) El paciente recibió un trasplante de células madre hematopoyético.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BRAFTOVI
Nombres de medicamentos	BRAFTOVI
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-

Grupo de autorización previa	BRAFTOVI
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BRIVIACT
Nombres de medicamentos	BRIVIACT
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	4 años de edad en adelante (comprimidos y solución oral).
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BUPRENORPHINE
Nombres de medicamentos	BUPRENORPHINE HCL
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) Se receta el medicamento solicitado para el tratamiento de dependencia de opioides Y 2) Si el paciente es una mujer embarazada o en período de lactancia y se receta el medicamento solicitado para terapia de inducción o posterior terapia de mantenimiento para tratamiento por dependencia de opioides O 3) Si el medicamento solicitado se receta para terapia de inducción para la transición del consumo de opioides al tratamiento por dependencia de opioides, O 4) Si se receta el medicamento solicitado para terapia de mantenimiento para tratamiento por dependencia de opioides en un paciente con intolerancia a naloxone.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BUPRENORPHINE PATCH
Nombres de medicamentos	BUPRENORPHINE, BUTRANS
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se receta por un dolor asociado con cáncer, anemia falciforme, afección terminal o dolor controlado mediante cuidados paliativos O 2) El medicamento solicitado se receta por dolor suficientemente grave para requerir tratamiento a largo plazo, diario, las 24 horas, en un paciente que ha tomado opioides [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 3) El paciente puede tomar en forma segura la dosis solicitada según su antecedente de consumo de opioides Y 4) Se evaluó al paciente y se lo controlará para el desarrollo de trastornos por consumo de opioides.

Grupo de autorización previa	BUPRENORPHINE PATCH
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CABOMETRYX
Nombres de medicamentos	CABOMETRYX
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, cáncer pulmonar de células no pequeñas.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma de célula renal: Enfermedad recidivante, no operable o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CALCIPOTRIENE
Nombres de medicamentos	CALCIPOTRIENE, CALCITRENE, ENSTILAR
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de psoriasis Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un esteroide tópico genérico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CALQUENCE
Nombres de medicamentos	CALQUENCE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	CAPRELSA
Nombres de medicamentos	CAPRELSA

Grupo de autorización previa	CAPRELSA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, cáncer pulmonar de células no pequeñas y carcinoma de tiroides diferenciado: papilar, folicular, de células de Hurthle.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC): el medicamento solicitado se usa para NSCLC con reacomodamiento del gen RET.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CARBAGLU
Nombres de medicamentos	CARBAGLU
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, acidemia metilmalónica, acidemia propiónica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS) confirmado por pruebas genéticas o enzimáticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CAYSTON
Nombres de medicamentos	CAYSTON
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de vías aéreas del paciente, O el paciente tiene antecedentes de infección o colonización de pseudomonas aeruginosa en vías aéreas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CERDELGA
Nombres de medicamentos	CERDELGA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de enfermedad de Gaucher confirmada por ensayo de enzima que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o por pruebas genéticas. El estado de metabolizador de

Grupo de autorización previa	CERDELGA
	CYP2D6 del paciente se estableció con una prueba aprobada por la FDA. El paciente es un metabolizador de CYP2D6 extensivo, intermedio o bajo.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CEREZYME
Nombres de medicamentos	CEREZYME
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, enfermedad de Gaucher tipo 3.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de enfermedad de Gaucher confirmada por ensayo de enzima que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CHANTIX
Nombres de medicamentos	CHANTIX, CHANTIX CONTINUING MONTH, CHANTIX STARTING MONTH PA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CLOMIPRAMINE
Nombres de medicamentos	CLOMIPRAMINE HCL
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, depresión, trastorno de pánico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) o trastorno de pánico Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) genérico, inhibidor de la recaptación de norepinefrina y serotonina (serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI) genérico, mirtazapine O 3) Depresión Y 4) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al

Grupo de autorización previa CLOMIPRAMINE
tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: SSRI, SNRI, mirtazapine, bupropion.

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa CLORAZEPATE

Nombres de medicamentos CLORAZEPATE DIPOTASSIUM

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida 1) Para el control de trastornos de ansiedad el medicamento solicitado se usa con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o inhibidor de la recaptación de norepinefrina-serotonina (SNRI) hasta que hace efecto el antidepresivo para los síntomas de ansiedad, O el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o inhibidor de la recaptación de norepinefrina-serotonina (SNRI) O 2) Para la terapia adicional en el control de convulsiones parciales O 3) Alivio sintomático en síndrome de abstinencia de alcohol agudo O 4) Para alivio a corto plazo de síntomas de ansiedad, Y 5) El beneficio de la terapia con el medicamento recetado es mayor que el riesgo potencial en pacientes mayores de 65 años.

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Alivio de ansiedad a corto plazo 1 mes, trastornos de ansiedad 4 meses, todos los otros diagnósticos: año del plan

Otros criterios Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. 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.

Grupo de autorización previa CLOZAPINE ODT

Nombres de medicamentos CLOZAPINE ODT

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida -

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa COMETRIQ

Nombres de medicamentos COMETRIQ

Grupo de autorización previa	COMETRIQ
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, cáncer pulmonar de células no pequeñas y carcinoma de tiroides diferenciado: papilar, folicular, de células de Hurthle.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): El medicamento solicitado se usa para NSCLC con reacomodamiento del gen RET.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	COPIKTRA
Nombres de medicamentos	COPIKTRA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	COTELLIC
Nombres de medicamentos	COTELLIC
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	CYSTAGON
Nombres de medicamentos	CYSTAGON
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de cistinosis nefropática confirmado por presencia de aumento de la concentración de cistina en leucocitos o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa CYSTARAN
Nombres de medicamentos CYSTARAN
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida Diagnóstico de cistinosis confirmado por presencia de aumento de la concentración de cistina en leucocitos o por pruebas de ADN. El paciente tiene acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios -

Grupo de autorización previa DAURISMO
Nombres de medicamentos DAURISMO
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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 DEFERASIROX
Nombres de medicamentos JADENU, JADENU SPRINKLE
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida Para sobrecarga crónica de hierro por transfusiones de sangre: niveles de ferritina sérica en pretratamiento superiores a 1000 mcg/L.
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios -

Grupo de autorización previa DEMSER
Nombres de medicamentos DEMSER
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida -
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios -

Grupo de autorización previa	DESVENLAFAXINE
Nombres de medicamentos	DESVENLAFAXINE ER
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) genérico, inhibidor de la recaptación de norepinefrina y serotonina (SNRI) genérico, mirtazapine, bupropion.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DIAZEPAM
Nombres de medicamentos	DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) Para el control de trastornos de ansiedad el medicamento solicitado se usa con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o inhibidor de la recaptación de norepinefrina-serotonina (SNRI) hasta que hace efecto el antidepresivo para los síntomas de ansiedad, O el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o inhibidor de recaptación de norepinefrina-serotonina (SNRI) O 2) Para alivio sintomático en síndrome de abstinencia de alcohol agudo O 3) Para uso complementario para el alivio de espasmos musculoesqueléticos O 4) Para terapia complementaria en el tratamiento de trastornos convulsivos O 5) Para alivio a corto plazo de síntomas de ansiedad, Y 6) El beneficio de la terapia con el medicamento recetado es mayor que el riesgo potencial en pacientes mayores de 65 años.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Alivio de ansiedad a corto plazo 1 mes, trastornos de ansiedad 4 meses, todos los otros diagnósticos: año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. 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.
Grupo de autorización previa	DICLOFENAC GEL 1 %
Nombres de medicamentos	DICLOFENAC SODIUM
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene dolor de osteoartritis en articulaciones, susceptible al tratamiento tópico, como pies, tobillos, rodillas, manos, muñecas o codos Y

Grupo de autorización previa DICLOFENAC GEL 1 %
2) El tratamiento con el medicamento solicitado es necesario por intolerancia o contraindicaciones a medicamentos antiinflamatorios no esteroides orales (AINE).

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa EMGALITY

Nombres de medicamentos EMGALITY

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida 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 (antiepileptic drug, AED), agentes bloqueantes betaadrenérgicos, antidepresivos, O 3) El paciente experimentó intolerancia o contraindicaciones que prohíban la prueba de 4 semanas con cualquiera de los siguientes medicamentos: Medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueantes betaadrenérgicos, antidepresivos.

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Inicial 3 meses, reautorización año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa EMSAM

Nombres de medicamentos EMSAM

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a cualquiera de los siguientes antidepresivos: bupropion, trazodone, mirtazapine, inhibidores de la recaptación de norepinefrina y serotonina (p. ej., venlafaxine), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (p. ej., citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline), antidepresivos tricíclicos o tetracíclicos (p. ej., amitriptyline, nortriptyline) O 2) El paciente no puede tragar formulaciones orales.

Restricciones de edad 18 años de edad en adelante.

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa	ENDARI
Nombres de medicamentos	ENDARI
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	5 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	EPCLUSA
Nombres de medicamentos	EPCLUSA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Infección de hepatitis C crónica confirmada por presencia de ARN del virus de la hepatitis C (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).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Se aplicarán los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD- Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (Infectious Diseases Society of America, IDSA).
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	EPIDIOLEX
Nombres de medicamentos	EPIDIOLEX
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	EPO
Nombres de medicamentos	PROCRIT

Grupo de autorización previa	EPO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, anemia por síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndrome, MDS), anemia en insuficiencia cardíaca congestiva (congestive heart failure, CHF), anemia en artritis reumatoidea (rheumatoid arthritis, RA), anemia por tratamiento para hepatitis C (ribavirin en combinación con interferon alfa o peginterferon alfa), anemia en mielofibrosis primaria, mielofibrosis post-policitemia vera y mielofibrosis post trombocitemia esencial.
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia para fines curativos. Pacientes con cáncer mielóide.
Información médica requerida	Para todos los usos excepto cirugía: Hgb en pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) inferior a 10 g/dL (menor de 9 g/dL para anemia en CHF únicamente). Requisitos adicionales para mielofibrosis primaria (primary myelofibrosis, MF), MF post policitemia vera, MF post trombocitemia esencial: 1) El paciente tiene anemia sintomática y 2) Para la terapia inicial, el nivel de eritropoyetina sérica en pretratamiento es menor de 500mU/mL. Para cirugía: 1) El paciente tiene programada una cirugía no vascular, no cardíaca, optativa, y 2) La Hgb en pretratamiento es de entre 10 y 13 g/dL.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	16 semanas
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona (p. ej., utilizado para tratamiento de anemia en un paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis, o entregada del suministro del médico incidental al servicio del médico). La cobertura incluye el uso en anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíban las transfusiones de sangre. Los requisitos de valores de Hgb excluyen valores debido a una transfusión reciente. Para reautorizaciones (si el paciente recibió eritropoyetina el mes anterior): 1) Para todos los usos excepto cirugía, hay un aumento de Hgb de, al menos, 1 g/dL después de, al menos, 12 semanas de terapia, 2) Para anemia en enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD), síndrome mielodisplásico (myelodysplastic syndrome, MDS), CHF, RA, VIH, tratamiento de hepatitis C, MF primaria, MF post policitemia vera, MF post trombocitemia esencial, o pacientes cuyas creencias religiosas prohíban transfusiones de sangre: la Hgb es menor o igual a 12 g/dL y 3) Para anemia por quimioterapia por cáncer mielosupresiva: Hgb menor de 11 g/dL.

Grupo de autorización previa	ERIVEDGE
Nombres de medicamentos	ERIVEDGE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan

Grupo de autorización previa	ERIVEDGE
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ERLEADA
Nombres de medicamentos	ERLEADA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin-releasing hormone, GnRH) o después de orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ESBRIET
Nombres de medicamentos	ESBRIET
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Solo revisión inicial: El paciente no tiene etiología conocida para enfermedad pulmonar intersticial y cumple uno de los siguientes criterios: 1) Una tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, HRCT) de tórax o biopsia quirúrgica del pulmón revelan patrón de neumonía intersticial usual (usual interstitial pneumonia, UIP), o (2) El estudio de HRCT de tórax muestra un posible patrón de UIP y el diagnóstico se fundamenta en una biopsia pulmonar quirúrgica o por la conversación multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y un neumólogo experimentados en fibrosis pulmonar idiopática si la biopsia pulmonar no se realizó. Para la continuación: El paciente no tiene etiología conocida para enfermedad pulmonar intersticial.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FABRAZYME
Nombres de medicamentos	FABRAZYME
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de enfermedad de Fabry confirmado por ensayo de enzimas que demuestra deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o por prueba genética, o el paciente es una portadora obligada de sexo femenino con pariente de sexo masculino de primer grado diagnosticado con enfermedad de Fabry.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-

Grupo de autorización previa	FABRAZYME
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FARYDAK
Nombres de medicamentos	FARYDAK
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	FENTANYL PATCH
Nombres de medicamentos	FENTANYL
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se receta por un dolor asociado con cáncer, anemia falciforme, afección terminal o dolor controlado mediante cuidados paliativos O 2) El medicamento solicitado se receta por dolor suficientemente grave para requerir tratamiento a largo plazo, diario, las 24 horas, en un paciente que ha tomado opioides [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 3) El paciente puede tomar en forma segura la dosis solicitada según su antecedente de consumo de opioides Y 4) Se evaluó al paciente y se lo controlará para el desarrollo de trastornos por consumo de opioides.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FETZIMA
Nombres de medicamentos	FETZIMA, FETZIMA TITRATION PACK
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a dos alternativas genéricas de las siguientes clases de medicamento: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) o inhibidores de la recaptación de norepinefrina-serotonina (SNRI).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FIRAZYR
Nombres de medicamentos	FIRAZYR, ICATIBANT ACETATE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará para el tratamiento de ataques de angioedema agudo. El paciente tiene angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE) con deficiencia del inhibidor C1 confirmado por análisis de laboratorio, O tiene angioedema hereditario con inhibidor C1 normal confirmado por análisis de laboratorio. Para pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, O BIEN 1) el paciente tuvo resultado positivo para la mutación del gen F12, O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a la prueba con antihistamínicos durante al menos un mes.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FORTEO
Nombres de medicamentos	FORTEO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para osteoporosis posmenopáusica: la paciente cumple UNO de estos criterios (1 o 2): 1) Antecedentes de fracturas por fragilidad, O 2) Un puntaje T en pretratamiento menor o igual a -2.5 u osteopenia con alta probabilidad de fractura FRAX en pretratamiento, y la 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) La paciente no tuvo buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior (es decir, bisfosfonatos orales o agentes antirresortivos inyectables). Para osteoporosis hipogonadal o primaria en hombres: el paciente tiene a) antecedentes de fractura de cadera o vertebral osteoporótica, O b) un puntaje T en pretratamiento menor o igual a -2.5 O c) osteopenia con alta probabilidad de fractura FRAX en pretratamiento. Para osteoporosis inducida por glucocorticoide: El paciente tuvo una prueba con bisfosfonatos orales de al menos 1 año de duración a menos que el paciente tenga una contraindicación o intolerancia a un bisfosfonato oral, Y el paciente tiene a) antecedentes de fractura por fragilidad, O b) puntaje T en pretratamiento menor o igual a -2.5 O c) osteopenia con alta probabilidad de fractura FRAX en pretratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	24 meses (durante toda la vida)
Otros criterios	El paciente tiene alta probabilidad de fractura FRAX si la probabilidad de 10 años es mayor o igual al 20 % para cualquier fractura osteoporótica importante o mayor o igual al 3 % para fractura de cadera.

Grupo de autorización previa	FYCOMPA
Nombres de medicamentos	FYCOMPA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Convulsiones de inicio parcial: debe tener 4 años de edad o más. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: debe tener 12 años de edad o más.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GATTEX
Nombres de medicamentos	GATTEX
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para terapia inicial: El paciente dependió de soporte parenteral durante al menos 12 meses. Para la continuación: El requisito de soporte parenteral disminuyó en relación con el valor inicial mientras estuvo bajo terapia con teduglutide.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GILENYA
Nombres de medicamentos	GILENYA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GILOTRIF
Nombres de medicamentos	GILOTRIF
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): el paciente debe cumplir cualquiera de los siguientes criterios: 1) el paciente tiene NSCLC escamoso metastásico que avanzó después de la quimioterapia basada en platino, O 2) el paciente tiene mutación del receptor de factor de crecimiento

Grupo de autorización previa	GILOTRIF epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR) sensibilizante conocida.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GLATIRAMER
Nombres de medicamentos	GLATIRAMER ACETATE, GLATOPA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, primer episodio clínico de MS.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Tener una forma recidivante de esclerosis múltiple (multiple sclerosis, MS) (p. ej., MS recidivante-remitente, MS progresiva-recidivante o MS progresiva secundaria con recidivas) O primer episodio clínico de MS.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GRANIX
Nombres de medicamentos	GRANIX
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, tratamiento de neutropenia febril (febrile neutropenia, FN) inducida por quimioterapia, indicaciones relacionadas con trasplante de células madre, leucemia linfocítica aguda (acute lymphocytic leukemia, ALL), leucemia mieloide aguda (acute myeloid leukemia, AML), neutropenia crónica grave (congénita, cíclica o idiopática), síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndromes, MDS), agranulocitosis, anemia aplásica, neutropenia relacionada con VIH, neutropenia relacionada con trasplante renal.
Criterios de exclusión	El uso del producto solicitado dentro de las 24 horas antes o después de la quimioterapia.
Información médica requerida	Para profilaxis o tratamiento de FN inducida por quimioterapia mielosupresora, los pacientes deben cumplir todo lo siguiente: 1) Paciente con cáncer no mieloide, 2) paciente que recibió, recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia contra el cáncer mielosupresora.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GROWTH HORMONE
Nombres de medicamentos	GENOTROPIN, GENOTROPIN MINIQUICK
Usos cubiertos	Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de la Parte D.

Grupo de autorización previa	GROWTH HORMONE
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerrada (excepto pacientes con síndrome de Prader-Willi).
Información médica requerida	Trastorno de la hormona de crecimiento pediátrico: 1) Menor de 2 años y medio, cuando corresponda: a) Altura en pretratamiento con desviación estándar mayor de 2 por debajo de la media y velocidad de crecimiento lenta. 2) Mayor de 2 años y medio: a) Altura 1 año antes del tratamiento con desviación estándar mayor de 2 por debajo de la media O b) Altura en pretratamiento con desviación estándar mayor de 2 por debajo de la media y velocidad de crecimiento en 1 año con desviación estándar mayor de 1 por debajo de la media. Trastorno de la hormona de crecimiento pediátrico: 1) Dos pruebas de estimulación fallidas (pico por debajo de 10 ng/mL) antes de iniciar el tratamiento, O 2) Trastorno del CNS/pituitario (p. ej., defectos genéticos, tumores del CNS, anomalías estructurales congénitas) y el factor de crecimiento insulínico (insulin-like growth factor, IGF-1) en pretratamiento con desviación estándar mayor de 2 por debajo de la media O 3) El paciente es neonato o fue diagnosticado con GHD al nacer. Síndrome de Turner (TS): 1) Confirmado por cariotipo, Y 2) Altura en pretratamiento es menor del percentil 5 para la edad. Pequeño para la edad gestacional: 1) Peso al nacer inferior a 2500 g a la edad gestacional (gestational age, GA) de más de 37 semanas, O peso o longitud al nacer por debajo del percentil 3 para la GA o al menos desviación estándar de 2 por debajo de la media para la GA, Y 2) No manifestó un crecimiento acorde para los 2 años de edad. GHD en adultos: 1) Dos pruebas de estimulación fallidas (pico por debajo de 5 ng/mL) o prueba con Macrilen (pico por debajo de 2.8 ng/ml) antes de iniciarse el tratamiento O 2) Anormalidad estructural del hipotálamo/pituitaria Y 3 o más deficiencias de la hormona pituitaria, O 3) GHD iniciado en la infancia con anomalía congénita (genética o estructural) del hipotálamo/pituitaria/CNS O 4) Bajo IGF-1 en pretratamiento y falla en 1 prueba de estimulación antes de iniciarse el tratamiento.
Restricciones de edad	Pequeño para la edad gestacional: 2 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	Endocrinólogo, endocrinólogo pediátrico, nefrólogo pediátrico, especialista en enfermedades infecciosas, especialista en apoyo nutricional/gastroenterólogo, genetista.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Renovación para GHD pediátrico, TS, SGA y GHD en adultos: el paciente experimenta mejoras.
Grupo de autorización previa	HAEGARDA
Nombres de medicamentos	HAEGARDA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Este medicamento se usará para la prevención de ataques de angioedema agudo. El paciente tiene angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE) con deficiencia del inhibidor C1 confirmado por análisis de laboratorio, O tiene angioedema hereditario con inhibidor C1 normal confirmado por análisis de laboratorio. Para pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, O BIEN 1) el paciente tuvo resultado positivo para la mutación del gen F12, O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el

Grupo de autorización previa	HAEGARDA
	angioedema fue refractario a la prueba con antihistamínicos durante al menos un mes.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	HARVONI
Nombres de medicamentos	HARVONI
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Infección de hepatitis C crónica confirmada por presencia de ARN del virus de la hepatitis C (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).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Criterios aplicados de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA. Recordatorio de opción de 8 semanas si corresponde.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	HERCEPTIN
Nombres de medicamentos	HERCEPTIN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama con HER2 positivo, cáncer de mama con HER2 positivo recurrente, metástasis leptomenígea de cáncer de mama con HER2 positivo, cáncer de esófago y gastroesofágico con HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Terapia neoadyuvante para cáncer de mama: 6 meses. Otros: Año del plan.
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.

Grupo de autorización previa HERCEPTIN HYLECTA
Nombres de medicamentos HERCEPTIN HYLECTA
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida -
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.

Grupo de autorización previa HETLIOZ
Nombres de medicamentos HETLIOZ
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida Para terapia inicial y continuación de terapia con Hetlioz: 1) diagnóstico de síndrome de sueño-vigilia no de 24 horas y 2) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (p. ej., retinas no funcionales) e 3) imposibilidad de percepción de la luz en ambos ojos. Los pacientes en terapia actual con el medicamento solicitado, deberán cumplir al menos uno de los siguientes criterios: 1) aumento del sueño nocturno total o 2) disminución de la duración de siesta diurna.

Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Inicio: 6 meses, Renovación: Año del plan
Otros criterios -

Grupo de autorización previa HIGH RISK MEDICATION
Nombres de medicamentos CYPROHEPTADINE HCL, DIGITEK, DIGOX, DIGOXIN, GUANFACINE ER, SCOPOLAMINE, TRANSDERM-SCOP
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida -
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente.

Grupo de autorización previa	HRM-ANTICONVULSANTS
Nombres de medicamentos	PHENOBARBITAL, PHENOBARBITAL SODIUM
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente.

Grupo de autorización previa	HRM-ANTIPARKINSON
Nombres de medicamentos	BENZTROPINE MESYLATE, TRIHEXYPHENIDYL HCL, TRIHEXYPHENIDYL HYDROCHLO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). Síntomas extrapiramidales (extrapyramidal symptoms, EPS): 1) No se probó amantadine como medicamento alternativo no de alto riesgo (high risk medication, HRM). Y 2) El paciente tiene contraindicado amantadine como medicamento alternativo no de alto riesgo Y 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente. O 4) Se probó amantadine como medicamento alternativo no de alto riesgo. Y 5) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a amantadine como medicamento alternativo no de alto riesgo Y 6) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente. Parkinson: 1) Se probaron dos medicamentos alternativos no de alto riesgo como amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole. Y 2) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos medicamentos alternativos no de alto riesgo como amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole Y 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente.

Grupo de autorización previa	HRM-GLYBURIDE
Nombres de medicamentos	GLYBURIDE, GLYBURIDE MICRONIZED, GLYBURIDE/METFORMIN HYDRO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). 1) No se probaron dos medicamentos alternativos no de alto riesgo glimepiride, glipizide o metformin Y 2) El paciente tiene contraindicados dos medicamentos alternativos no de alto riesgo glimepiride, glipizide o metformin Y 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente O 4) Se probaron dos medicamentos alternativos no de alto riesgo glimepiride, glipizide, o metformin Y 5) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos medicamentos alternativos no de alto riesgo glimepiride, glipizide, o metformin Y 6) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente.

Grupo de autorización previa	HRM-HYDROXYZINE
Nombres de medicamentos	HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE, HYDROXYZINE PAMOATE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). Para prurito: 1) No se probó un medicamento alternativo no de alto riesgo levocetirizine Y 2) El paciente tiene contraindicado el medicamento alternativo no de alto riesgo levocetirizine Y 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente O 4) Se probó un medicamento alternativo no de alto riesgo levocetirizine. Y 5) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a levocetirizine como medicamento alternativo no de alto riesgo Y 6) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente. Para la ansiedad: 1) Se

Grupo de autorización previa HRM-HYDROXYZINE
 probaron dos medicamentos alternativos no de alto riesgo buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y
 2) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O
 intolerancia a dos medicamentos alternativos no de alto riesgo buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y
 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente.

Grupo de autorización previa HRM-HYDROXINA INYECTABLE
Nombres de medicamentos HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida -
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). Síndrome de abstinencia de alcohol: 1) No se probó un medicamento alternativo no de alto riesgo clorazepate o lorazepam Y 2) El paciente tiene contraindicado un medicamento alternativo no de alto riesgo clorazepate o lorazepam Y 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente O 4) Se probó un medicamento alternativo no de alto riesgo clorazepate o lorazepam Y 5) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a un medicamento alternativo no de alto riesgo clorazepate o lorazepam Y 6) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente. Ansiedad: 1) Se probaron dos medicamentos alternativos no de alto riesgo buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos medicamentos alternativos no de alto riesgo buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente O 4) Si se solicita para náuseas/vómitos, el recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente.

Grupo de autorización previa HRM-HYPNOTICS
Nombres de medicamentos ESZOPICLONE, ZALEPLON, ZOLPIDEM TARTRATE
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida -
Restricciones de edad -

Grupo de autorización previa HRM-HYPNOTICS

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). 1) No se probó un medicamento alternativo no de alto riesgo Silenor (3 mg o 6 mg) o trazodone Y 2) El paciente tiene contraindicados dos medicamentos alternativos no de alto riesgo Silenor (3 mg o 6 mg) o trazodone Y 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente O 4) Se probó un medicamento alternativo no de alto riesgo Silenor (3 mg o 6 mg) o trazodone Y 5) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a un medicamento alternativo no de alto riesgo Silenor (3 mg o 6 mg) o trazodone Y 6) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente. SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULATIVOS DE TERAPIA AL AÑO.

Grupo de autorización previa HRM-NITROFURANTOIN

Nombres de medicamentos NITROFURANTOIN MACROCRYST, NITROFURANTOIN MONOHYDRAT

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida -

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). 1) No se probaron dos medicamentos alternativos no de alto riesgo cephalixin, ciprofloxacin, levofloxacin, sulfamethoxazole/trimethoprim o trimethoprim Y 2) El paciente tiene contraindicados dos medicamentos alternativos no de alto riesgo cephalixin, ciprofloxacin, levofloxacin, sulfamethoxazole/trimethoprim o trimethoprim Y 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente O 4) Se probaron dos medicamentos alternativos no de alto riesgo cephalixin, ciprofloxacin, levofloxacin, sulfamethoxazole/trimethoprim o trimethoprim Y 5) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos medicamentos alternativos no de alto riesgo cephalixin, ciprofloxacin, levofloxacin, sulfamethoxazole/trimethoprim o trimethoprim Y 6) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento compensan los riesgos potenciales para este paciente. SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULATIVOS DE TERAPIA AL AÑO.

Grupo de autorización previa	HRM-PROMETHAZINE
Nombres de medicamentos	PROMETHAZINE HCL, PROMETHAZINE HYDROCHLORID
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). Rinitis: 1) Se probó un medicamento alternativo no de alto riesgo levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal Y 2) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a un medicamento alternativo no de alto riesgo levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal Y 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente. Urticaria: 1) No se probó un medicamento alternativo no de alto riesgo levocetirizine Y 2) El paciente tiene contraindicado un medicamento alternativo no de alto riesgo levocetirizine Y 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente O 4) Se probó un medicamento alternativo no de alto riesgo levocetirizine Y 5) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a un medicamento alternativo no de alto riesgo levocetirizine Y 6) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente O 7) Se solicita el medicamento para terapia antiemética en pacientes posoperatorios o con cinetosis Y 8) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente.

Grupo de autorización previa	HRM-SKELETAL MUSCLE RELAXANTS
Nombres de medicamentos	CARISOPRODOL, CYCLOBENZAPRINE HYDROCHLO, METHOCARBAMOL
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para este paciente.

Grupo de autorización previa	HUMIRA
Nombres de medicamentos	HUMIRA, HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PS/UV STARTER
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, espondiloartritis axial.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 (disease modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o DMARD de sintético específico (p. ej., tofacitinib). Para artritis idiopática juvenil poliarticular moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al MTX O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo. Para espondilitis anquilosante y espondiloartritis axial (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroide O 2) intolerancia o contraindicación a AINE. Para psoriasis en placas crónica moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 5 % del área de la superficie corporal (body surface area, BSA) afectada O áreas del cuerpo cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) afectadas al momento del diagnóstico Y 2) El paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente experimentó una respuesta inadecuada o intolerancia a fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine, o acitretin, b) El tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine, o acitretin está contraindicado, o c) El paciente tiene psoriasis grave que garantiza un DMARD biológico como terapia de primera línea. Para enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada a al menos una terapia convencional (p. ej., corticosteroides, sulfasalazine, azathioprine, mesalamine) 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 inmunosupresora (p. ej., corticosteroides, azathioprine, mercaptopurine) O 2) Intolerancia o contraindicación a la terapia inmunosupresora.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	HYPNOTIC BENZODIAZEPINES
Nombres de medicamentos	TEMAZEPAM
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-

Grupo de autorización previa HYPNOTIC BENZODIAZEPINES

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios Este requisito de Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, esto significa que es mejor evitarlo o recetar una dosis reducida o usarse con precaución y bajo supervisión médica). 1) No se probó un medicamento alternativo no de alto riesgo Silenor (3 mg o 6 mg) o trazodone Y 2) El paciente tiene contraindicados dos medicamentos alternativos no de alto riesgo Silenor (3 mg o 6 mg) o trazodone Y 3) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento son mayores que los riesgos potenciales para pacientes mayores de 65 años O 4) Se probó un medicamento alternativo no de alto riesgo Silenor (3 mg o 6 mg) o trazodone Y 5) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a un medicamento alternativo no de alto riesgo Silenor (3 mg o 6 mg) o trazodone Y 6) El recetador debe reconocer que los beneficios del medicamento compensan los riesgos potenciales para pacientes mayores de 65 años. SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULATIVOS DE TERAPIA AL AÑO.

Grupo de autorización previa IBRANCE

Nombres de medicamentos IBRANCE

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, liposarcoma bien diferenciado/indiferenciado.

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 ICLUSIG

Nombres de medicamentos ICLUSIG

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida Para leucemia mieloide crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL.

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa IDHIFA
Nombres de medicamentos IDHIFA
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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 IMATINIB
Nombres de medicamentos IMATINIB MESYLATE
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, tumores desmoides, tumor de células gigantes tenosinovial/sinovitis villonodular pigmentada (pigmented villonodular synovitis/tenosynovial giant cell tumor, PVNS/TGCT), cordoma y melanoma.

Criterios de exclusión -
Información médica requerida Para leucemia mieloide crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML, el paciente no tuvo fallas en la terapia anterior (salvo falla por intolerancia) con inhibidores de la tirosina-cinasa (p. ej., dasatinib, nilotinib, bosutinib, ponatinib). Para melanoma, mutación c-Kit positiva.

Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios -

Grupo de autorización previa IMBRUVICA
Nombres de medicamentos IMBRUVICA
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, linfoma gástrico de tejido linfoide asociado a mucosas (mucosa-associated lymphoid tissue, MALT), linfoma MALT no gástrico, leucemia de células pilosas, y linfoma linfoplasmocítico.

Criterios de exclusión -
Información médica requerida Para linfoma de células del manto: 1) El medicamento solicitado se usará en un paciente que haya recibido al menos una terapia anterior O 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con rituximab como pretratamiento para la terapia de inducción con régimen RHyperCVAD (cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, y dexamethasone). Para linfoma MALT gástrico y no gástrico: 1) La enfermedad es recurrente, refractaria o progresiva Y 2) el medicamento solicitado se usará como terapia posterior o de segunda línea. Para leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se usará como agente único para el avance de la enfermedad.

Restricciones de edad -

Grupo de autorización previa	IMBRUVICA
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INCRELEX
Nombres de medicamentos	INCRELEX
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Debe cumplir todo lo siguiente antes de comenzar la terapia con el medicamento solicitado (solo nuevos inicios): 1) altura con desviación estándar igual o mayor de 3 por debajo de la media para niños de la misma edad y género, Y 2) IGF-1 basal con desviación estándar nivel 3 o más por debajo de la media para niños de la misma edad y género Y 3) la prueba de hormona de crecimiento provocativa muestra nivel de hormona de crecimiento normal o elevado. Para la renovación, el paciente experimenta mejoras.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INLYTA
Nombres de medicamentos	INLYTA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, carcinoma de tiroides folicular, de células de Hurthle, papilar.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma de célula renal: Enfermedad recidivante, metastásica o no operable.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INREBIC
Nombres de medicamentos	INREBIC
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	IR BEFORE ER
Nombres de medicamentos	HYSINGLA ER, METHADONE HCL, METHADONE HCL INTENSOL, MORPHINE SULFATE ER, NUCYNTA ER, OXYCONTIN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se receta por un dolor asociado con cáncer, anemia falciforme, afección terminal o dolor controlado mediante cuidados paliativos O 2) el medicamento solicitado se receta por dolor suficientemente grave para requerir tratamiento a largo plazo, diario, las 24 horas, en un paciente que ha tomado opioides [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 3) El paciente puede tomar en forma segura la dosis solicitada según su antecedente de consumo de opioides Y 4) Se evaluó al paciente y se lo controlará para el desarrollo de trastornos por consumo de opioides Y 5) La solicitud es para continuar la terapia para un paciente que recibió un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O 6) El paciente tiene dolor continuo grave y recibió opioides de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IRESSA
Nombres de medicamentos	IRESSA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas, el paciente tiene mutación del EGFR sensibilizante conocida.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ISOTRETINOIN
Nombres de medicamentos	AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOIN, MYORISAN, ZENATANE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, acné refractario, rosácea grave refractaria, neuroblastoma, linfoma de células T cutáneo (cutaneous T-cell lymphoma, CTCL), (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sézary), alto riesgo de desarrollar cáncer de piel (cáncer de células escamosas), dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover), queratosis folicular (enfermedad de Darier), ictiosis lamelar, pitiriasis rubra pilaris.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-

Grupo de autorización previa	ISOTRETINOIN
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ITRACONAZOLE
Nombres de medicamentos	ITRACONAZOLE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, Coccidioidomicosis, Criptococosis, Microsporidiosis, Peniciliosis, Esporotricosis, Pitiriasis versicolor/Tinea versicolor, Tinea corporis/Tinea cruris, Tinea manuum/Tinea pedis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si es para tratamiento de onicomycosis por tinea, el diagnóstico fue confirmado por prueba diagnóstica fúngica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IVIG (inmunoglobulina intravenosa)
Nombres de medicamentos	BIVIGAM, CARIMUNE NANOFILTERED, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LIQUID, GAMMAGARD S/D IGA LESS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, inmunodeficiencia primaria, polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, neuropatía motora multifocal, dermatomiositis, polimiositis, síndrome de Guillain-Barre (GBS), miastenia grave, síndrome miasténico de Lambert-Eaton, síndrome de Kawasaki, púrpura trombocitopénica idiopática, aplasia de glóbulos rojos (pure red cell aplasia, PRCA), trombocitopenia aloinmune fetal/neonatal, síndrome de la persona rígida, profilaxis de infecciones bacterianas en leucemia linfocítica crónica de células B (chronic lymphocytic leukemia, CLL), receptores de trasplante de células madre hematopoyéticas/de médula ósea (bone marrow/hematopoietic stem cell transplant, BMT/HSCT), e infección de VIH pediátrica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para CLL: Inmunoglobulina G (IgG) sérica menor de 500 mg/dL O antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para BMT/HSCT: Se solicita inmunoglobulina intravenosa (IV immunoglobulin, IVIG) dentro de los primeros 100 días postransplante O la IgG sérica es menor de 400 mg/dL. Para infección de VIH pediátrica: 1) IgG sérica menor de 400 mg/dL O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para dermatomiositis y polimiositis: al menos un tratamiento de primera línea estándar (corticosteroides o inmunosupresores) se probó pero sin éxito o no hubo tolerancia O el paciente no puede recibir terapia estándar por una contraindicación u otro motivo clínico. PRCA por infección de parvovirus B19.

Grupo de autorización previa IVIG (inmunoglobulina intravenosa)
Restricciones de edad Para infección de VIH pediátrica: hasta 12 años de edad.
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.

Grupo de autorización previa JAKAFI
Nombres de medicamentos JAKAFI
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, mielofibrosis de fase de blastocitos, fase acelerada, bajo riesgo o riesgo inmediato, policitemia vera en pacientes con respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia con interferon (interferon alfa-2b, peginterferon alfa-2a o peginterferon alfa-2b).

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 JUXTAPID
Nombres de medicamentos JUXTAPID
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -
Información médica requerida Para inicio de la terapia: 1) Paciente con diagnóstico de hipercolesterolemia familiar homocigota (homozygous familial hypercholesterolemia, HoFH) confirmado por análisis genético o criterios clínicos (ver Otros criterios) Y 2) Antes del inicio del tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente recibe o recibía régimen combinado para bajar los lípidos, que consta de al menos 2 de las siguientes opciones de tratamiento: estatinas de alta intensidad (p. ej., atorvastatin, rosuvastatin), fibratos (p. ej., fenofibrate, fenofibric acid, gemfibrozil), secuestrantes de ácidos biliares (p. ej., cholestyramine, colestevlam, colestipol), ezetimibe o niacin, a la dosis máxima tolerada o a la dosis máxima aprobada por la FDA, Y 3) Antes del inicio del tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente experimentó/experimentaba respuesta inadecuada a tal régimen combinado según lo demostrado por el LDL-C tratado mayor de 100 mg/dl (o mayor de 70 mg/dL con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica). Para renovación de la terapia: 1) El paciente cumple todos los criterios iniciales Y 2) respondió a la terapia según lo demostró la reducción del LDL-C.

Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan

Grupo de autorización previa	JUXTAPID
Otros criterios	Diagnóstico de HoFH confirmado por uno de los siguientes: 1) Diagnóstico genético: Mutaciones en ambos alelos en la localización del gen del receptor de LDL, ApoB, PCSK9 o proteína adaptadora del receptor de LDL/ARH, o 2) Diagnóstico clínico: LDL-C no tratado mayor de 500 mg/dL o LDL-C no tratado desconocido con LCL-C tratado mayor de 300 mg/dL más uno de los siguientes: a) xantomas cutáneos o de tendón hasta los 10 años de edad, o b) diagnóstico de FH por análisis genético, Criterios Diagnósticos Simon-Broome o Criterios de la Red de Clínicas de Lípidos Holandesa en ambos padres, o c) evidencia de FH en ambos padres con antecedentes que incluyan cualquiera de los siguientes: Colesterol total mayor o igual a 310 mg/dL, enfermedad cardiovascular aterosclerótica (atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD) prematura [antes de los 55 años en hombres y 60 en mujeres], xantoma de tendón o muerte cardíaca súbita prematura. Diagnóstico de FH confirmado por uno de los siguientes: 1) Diagnóstico genético: Una mutación del receptor LDL, apo B-100 defectuoso familiar o mutación de aumento de función PCSK9, o 2) Criterios Diagnósticos Simon-Broome para FH: Colesterol total mayor de 290 mg/dL o LCL-C mayor de 190 mg/dL, más xantoma de tendón en paciente, pariente de primer grado (padre, hermano o hijo) o de segundo grado (abuelo, tío o tía), o antecedente familiar de infarto de miocardio en pariente de primer grado antes de los 60 años o en pariente de segundo grado antes de los 50 años, o colesterol total mayor de 290 mg/dL en pariente adulto de primer o segundo grado, o colesterol total mayor de 260 mg/dL en hijo, hermano o hermana menor de 16 años, o 3) Criterios de la Red de Clínicas de Lípidos Holandesa para FH: Puntaje total superior a 5 puntos.
Grupo de autorización previa	KALYDECO
Nombres de medicamentos	KALYDECO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene una mutación en el gen regulador de conductancia transmembrana de fibrosis quística (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator, CFTR) que responde a la potenciación de ivacaftor según datos de ensayos clínicos e in vitro. Si se desconoce el genotipo del paciente, se usará una prueba de mutación de fibrosis quística (cystic fibrosis, CF) autorizada por la FDA para detectar la presencia de CFTR.
Restricciones de edad	6 meses de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	El medicamento solicitado no se usará en combinación con lumacaftor/ivacaftor o tezacaftor/ivacaftor.
Grupo de autorización previa	KETOCONAZOLE
Nombres de medicamentos	KETOCONAZOLE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, síndrome de Cushing.

Grupo de autorización previa	KETOCONAZOLE
Criterios de exclusión	Enfermedad hepática crónica o aguda. Uso actual con dofetilide, quinidine, pimozide, cisapride, methadone, disopyramide, dronedarone, ranolazine, ergot alkaloids, alprazolam o simvastatin.
Información médica requerida	1) El paciente tiene uno de los siguientes diagnósticos: blastomicosis, coccidioomicosis, histoplasmosis, cromomicosis o paracoccidioomicosis, O 2) El medicamento se receta para un paciente con síndrome de Cushing que no puede tolerar cirugía o cuando la cirugía no haya sido curativa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KEYTRUDA
Nombres de medicamentos	KEYTRUDA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, mesotelioma pleural maligno, carcinoma de células de Merkel.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KISQALI
Nombres de medicamentos	KISQALI, KISQALI FEMARA 200 DOSE, KISQALI FEMARA 400 DOSE, KISQALI FEMARA 600 DOSE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	KORLYM
Nombres de medicamentos	KORLYM
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	KUVAN
Nombres de medicamentos	KUVAN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 pacientes que completaron la prueba terapéutica del medicamento solicitado, el paciente debe haber experimentado una reducción del nivel de fenilalanina en sangre superior o igual al 30 % en relación con el valor inicial O el paciente demostró mejoras en síntomas neuropsiquiátricos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Inicial: 2 meses. Todos los otros: Año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KYNAMRO
Nombres de medicamentos	KYNAMRO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para inicio de la terapia: 1) Paciente con diagnóstico de hipercolesterolemia familiar homocigota (homozygous familial hypercholesterolemia, HoFH) confirmado por análisis genético o criterios clínicos (ver Otros criterios) Y 2) Antes del inicio del tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente recibe o recibía régimen combinado para bajar los lípidos, que consta de al menos 2 de las siguientes opciones de tratamiento: estatinas de alta intensidad (p. ej., atorvastatin, rosuvastatin), fibratos (p. ej., fenofibrate, fenofibric acid, gemfibrozil), secuestrantes de ácidos biliares (p. ej., cholestyramine, colessevelam, colestipol), ezetimibe o niacin, a la dosis máxima tolerada o a la dosis máxima aprobada por la FDA, Y 3) Antes del inicio del tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente experimentó/experimentaba respuesta inadecuada a tal régimen combinado según lo demostrado por el LDL-C tratado mayor de 100 mg/dl (o mayor de 70 mg/dL con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica). Para renovación de la terapia, 1) el paciente cumple todos los criterios iniciales Y 2) respondió a la terapia según lo demostró la reducción del LDL-C.

Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Diagnóstico de HoFH confirmado por uno de los siguientes: 1) Diagnóstico genético: Mutaciones en ambos alelos en la localización del gen del receptor de LDL, ApoB, PCSK9 o proteína adaptadora del receptor de LDL/ARH, o 2) Diagnóstico clínico: LDL-C no tratado mayor de 500 mg/dL o LDL-C no tratado desconocido con LCL-C tratado mayor de 300 mg/dL más uno de los siguientes: a) xantomas cutáneos o de tendón hasta los 10 años de edad, o b) diagnóstico de FH por análisis genético, Criterios Diagnósticos Simon-

Grupo de autorización previa KYNAMRO

Broome o Criterios de la Red de Clínicas de Lípidos Holandesa en ambos padres, o c) Evidencia de FH en ambos padres con antecedentes que incluyan cualquiera de los siguientes: Colesterol total mayor o igual a 310 mg/dL, enfermedad cardiovascular aterosclerótica (atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD) prematura [antes de los 55 años en hombres y 60 en mujeres], xantoma de tendón, muerte cardíaca súbita prematura. Diagnóstico de FH confirmado por uno de los siguientes: 1) Diagnóstico genético: Una mutación del receptor LDL, apo B-100 defectuoso familiar o mutación de aumento de función PCSK9, o 2) Criterios Diagnósticos Simon-Broome para FH: Colesterol total mayor de 290 mg/dL o LCL-C mayor de 190 mg/dL, más xantoma de tendón en paciente, pariente de primer grado (padre, hermano o hijo) o de segundo grado (abuelo, tío o tía), o antecedente familiar de infarto de miocardio en pariente de primer grado antes de los 60 años o en pariente de segundo grado antes de los 50 años, o colesterol total mayor de 290 mg/dL en pariente adulto de primer o segundo grado, o colesterol total mayor de 260 mg/dL en hijo, hermano o hermana menor de 16 años, o 3) Criterios de la Red de Clínicas de Lípidos Holandesa para FH: Puntaje total superior a 5 puntos.

Grupo de autorización previa LENVIMA

Nombres de medicamentos LENVIMA 10 MG DAILY DOSE, LENVIMA 12MG DAILY DOSE, LENVIMA 14 MG DAILY DOSE, LENVIMA 18 MG DAILY DOSE, LENVIMA 20 MG DAILY DOSE, LENVIMA 24 MG DAILY DOSE, LENVIMA 4 MG DAILY DOSE, LENVIMA 8 MG DAILY DOSE

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, carcinoma medular de tiroides.

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 LETAIRIS

Nombres de medicamentos AMBRISENTAN

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida Hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de OMS) confirmada por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood.

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Grupo de autorización previa	LETAIRIS
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LIDOCAINE PATCHES
Nombres de medicamentos	LIDOCAINE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, dolor asociado con neuropatía diabética, dolor asociado con neuropatía relacionada con cáncer (incluida neuropatía relacionada con tratamiento [p. ej., neuropatía asociada con tratamiento de radiación o quimioterapia]).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LONSURF
Nombres de medicamentos	LONSURF
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer colorrectal: Enfermedad avanzada o metastásica no operable. El paciente tuvo un progreso en el tratamiento con a) Régimen FOLFOXIRI (fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin, e irinotecan) O b) regímenes basados en irinotecan Y oxaliplatin.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LORBRENA
Nombres de medicamentos	LORBRENA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LUMIZYME
Nombres de medicamentos	LUMIZYME
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-

Grupo de autorización previa	LUMIZYME
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LUPRON
Nombres de medicamentos	LEUPROLIDE ACETATE, LUPRON DEPOT (1-MONTH), LUPRON DEPOT (3-MONTH), LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH), LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, en combinación con hormona de crecimiento para niños con fallas de crecimiento y pubertad en avance (solo leuprolide acetate), cáncer de mama (3.75 mg y 11.25 mg solamente), tumores malignos del cordón ovárico-estroma (3.75 mg y 11.25 mg), cáncer de peritoneo primario/cáncer de trompa de Falopio/cáncer epitelial de ovario (3.75 mg y 11.25 mg), uso preoperatorio para leiomioma uterino (3.75 mg y 11.25 mg).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para pubertad precoz central (central precocious puberty, CPP), pacientes que no reciben actualmente terapia deben cumplir todos los siguientes criterios: 1) Diagnóstico de CPP confirmado por: a) respuesta púber a prueba de agonista de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O nivel de pubertad de ensayo de hormona luteinizante (luteinizing hormone, LH) de tercera generación Y b) evaluación de edad ósea contra edad cronológica, y 2) El inicio de características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad en pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad en pacientes de sexo masculino. Para fibromas uterinos, la paciente cumplirá con uno de los siguientes criterios: 1) Diagnóstico de anemia (p. ej., hematocrito menor o igual al 30 % o hemoglobina menor o igual a 10 g/dL O 2) el medicamento solicitado se usará antes de la cirugía de fibroma uterino.
Restricciones de edad	CPP: Menos de 12 años en mujeres y menos de 13 años en varones.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Fibromas: 3 meses, máximo 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo 12 meses en total. Otros: Año del plan
Otros criterios	Para cáncer de próstata: No se aprueba el uso como terapia neoadyuvante antes de prostatectomía radical.
Grupo de autorización previa	LYNPARZA
Nombres de medicamentos	LYNPARZA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de mama metastásico, recurrente y con HER-2 negativo, la paciente debe cumplir los siguientes criterios: 1) paciente con mutación

Grupo de autorización previa	LYNPARZA BRCA germinal nociva o sospecha de mutación nociva, y 2) paciente que recibió tratamiento previo con quimioterapia o terapia endócrina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LYRICA CR
Nombres de medicamentos	LYRICA CR
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	MAVYRET
Nombres de medicamentos	MAVYRET
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/trastorno hepático moderado o grave (Child Turcotte Pugh clase B o C)
Información médica requerida	Infección de hepatitis C crónica confirmada por presencia de ARN del virus de la hepatitis C (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).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Se aplicarán los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD- Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (Infectious Diseases Society of America, IDSA).
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MEGESTROL
Nombres de medicamentos	MEGESTROL ACETATE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-

Grupo de autorización previa	MEGESTROL
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MEKINIST
Nombres de medicamentos	MEKINIST
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para melanoma, tumor con resultado positivo para la mutación de activación de BRAF V600 (p. ej., mutación BRAF V600E o BRAF V600K).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MEKTOVI
Nombres de medicamentos	MEKTOVI
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	MEMANTINE
Nombres de medicamentos	MEMANTINE HCL, MEMANTINE HCL TITRATION P, MEMANTINE HYDROCHLORIDE, MEMANTINE HYDROCHLORIDE E
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta edición solo se aplica a pacientes menores de 30 años.
Grupo de autorización previa	MYLOTARG
Nombres de medicamentos	MYLOTARG
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, leucemia promielocítica aguda (acute promyelocytic leukemia, APL).

Grupo de autorización previa	MYLOTARG
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	NAGLAZYME
Nombres de medicamentos	NAGLAZYME
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de mucopolisacaridosis VI confirmada por ensayo de enzima que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NATPARA
Nombres de medicamentos	NATPARA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	Hipoparatiroidismo posoperatorio agudo (dentro de los 6 meses de cirugía) y expectativa de recuperación de hipoparatiroidismo.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NERLYNX
Nombres de medicamentos	NERLYNX
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se empieza a tomar dentro de los dos años después de la terapia basada en trastuzumab adyuvante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NEUPOGEN
Nombres de medicamentos	NEUPOGEN

Grupo de autorización previa	NEUPOGEN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, tratamiento de neutropenia febril inducida por quimioterapia (FN), después de quimioterapia por leucemia linfocítica aguda (ALL), indicaciones relacionadas con trasplante de células madre, síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, anemia aplásica, neutropenia relacionada con VIH, neutropenia relacionada con trasplante renal.
Criterios de exclusión	El uso del producto solicitado dentro de las 24 horas antes o después de la quimioterapia o radioterapia.
Información médica requerida	Para profilaxis o tratamiento de FN inducida por quimioterapia mielosupresora los pacientes deben cumplir todo lo siguiente: 1) Paciente con cáncer no mielóide, 2) paciente que recibió, recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia contra el cáncer mielosupresora.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NEXAVAR
Nombres de medicamentos	NEXAVAR
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, leucemia mielóide aguda, subtipos de sarcoma de tejido blando: angiosarcoma, tumores desmoides (fibromatosis agresiva), tumor de estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST), carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma de célula renal: el paciente tiene enfermedad recidivante, metastásica o no operable. Para carcinoma de tiroides: la histología es folicular, papilar, de células de Hurthle o medular. Para leucemia mielóide aguda: 1) la enfermedad es recidivante o refractaria, y 2) el paciente tiene enfermedad con mutación FLT3-ITD positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NINLARO
Nombres de medicamentos	NINLARO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con terapia de lenalidomide y dexamethasone, pomalidomide y dexamethasone, o dexamethasone.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan

Grupo de autorización previa	NINLARO
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NITYR
Nombres de medicamentos	NITYR
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de tirosinemia hereditaria tipo 1 confirmado por uno de los siguientes: 1) análisis bioquímico (p. ej., detección de succinilacetona en orina) o 2) prueba de ADN (análisis de mutación).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NORTHERA
Nombres de medicamentos	NORTHERA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Antes de la terapia inicial, el paciente tiene disminución consistente y persistente de la presión arterial sistólica de al menos 20 mmHg O disminución de la presión arterial diastólica de al menos 10 mmHg dentro de los 3 minutos de estar de pie. El medicamento solicitado se usará en pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada con uno de los siguientes diagnósticos: 1) Falla autonómica primaria debido a enfermedad de Parkinson, atrofia de múltiples sistemas, o falla autonómica pura O 2) deficiencia de dopamina betahidroxilasa O 3) neuropatía autonómica no diabética.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	3 meses.
Otros criterios	Los pacientes actualmente en tratamiento con Northera deben experimentar una sostenida disminución de los mareos.
Grupo de autorización previa	NUBEQA
Nombres de medicamentos	NUBEQA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	NUEDEXTA
Nombres de medicamentos	NUEDEXTA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NUPLAZID
Nombres de medicamentos	NUPLAZID
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	OCTREOTIDE
Nombres de medicamentos	OCTREOTIDE ACETATE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, meningiomas, timomas y carcinomas del timo y tumores neuroendócrinos (neuroendocrine tumor, NET) del tracto gastrointestinal (GI), timo, pulmón, páncreas y glándula suprarrenal.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para acromegalia: 1) El paciente tiene alto nivel de factor de crecimiento insulínico en pretratamiento (IGF-1) para la edad o género, 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 NET del tracto GI, timo y pulmón: el paciente tiene una enfermedad metastásica o no operable. Para meningiomas: el paciente tiene una enfermedad no operable.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para continuación de terapia de acromegalia: el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.
Grupo de autorización previa	ODOMZO
Nombres de medicamentos	ODOMZO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-

Grupo de autorización previa	ODOMZO
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OFEV
Nombres de medicamentos	OFEV
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para fibrosis pulmonar idiopática: Solo revisión inicial: El paciente no tiene etiología conocida para enfermedad pulmonar intersticial y cumple uno de los siguientes criterios: 1) Una tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, HRCT) de tórax o biopsia quirúrgica del pulmón revelan patrón de neumonía intersticial usual (usual interstitial pneumonia, UIP), o (2) El estudio de HRCT de tórax muestra un posible patrón de UIP y el diagnóstico se fundamenta en una biopsia pulmonar quirúrgica o por la conversación multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y un neumonólogo experimentados en fibrosis pulmonar idiopática si la biopsia pulmonar no se realizó. Para continuación por fibrosis pulmonar idiopática: El paciente no tiene etiología conocida para enfermedad pulmonar intersticial.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ONFI
Nombres de medicamentos	CLOBAZAM
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OPSUMIT
Nombres de medicamentos	OPSUMIT
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de OMS) confirmada por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión

Grupo de autorización previa OPSUMIT
de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood.

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa ORAL-INTRANASAL FENTANYL

Nombres de medicamentos FENTANYL CITRATE, FENTANYL CITRATE ORAL TRA, FENTORA

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida 1) El medicamento solicitado está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo relacionado con CÁNCER únicamente. El medicamento solicitado se receta para el control de dolor irruptivo en pacientes con CÁNCER que actualmente reciben terapia con opioides las 24 horas por dolor subyacente del CÁNCER Y 2) El código de diagnóstico de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) suministrado fundamenta el diagnóstico de RELACIÓN CON EL CÁNCER [Nota: para la aprobación de cobertura de medicamentos, el código de diagnóstico de la CIE DEBE fundamentar el diagnóstico de RELACIÓN CON EL CÁNCER].

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa ORFADIN

Nombres de medicamentos ORFADIN

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida Diagnóstico de tirosinemia hereditaria tipo 1 confirmado por uno de los siguientes: 1) análisis bioquímico (p. ej., detección de succinilacetona en orina) o 2) prueba de ADN (análisis de mutación).

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa ORKAMBI

Nombres de medicamentos ORKAMBI

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Criterios de exclusión -

Información médica requerida El paciente tiene mutación F508del en ambos alelos del gen regulador de conductancia transmembrana de fibrosis quística (CFTR).

Grupo de autorización previa	ORKAMBI
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	El medicamento solicitado no se usará en combinación con ivacaftor o tezacaftor/ivacaftor.
Grupo de autorización previa	OXANDROLONE
Nombres de medicamentos	OXANDROLONE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, Cachexia asociada con SIDA (desgaste de VIH), o para mejorar el crecimiento en pacientes con síndrome de Turner.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PEGASYS
Nombres de medicamentos	PEGASYS, PEGASYS PROCLICK
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, neoplasma mieloproliferativo (trombocitemia esencial, policitemia vera, mielofibrosis primaria y mielofibrosis post policitemia vera o post trombocitemia esencial).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hepatitis C crónica (chronic hepatitis C, CHC): Infección de CHC confirmada por presencia de ARN del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. El régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección de VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante de hígado y riñones, si corresponde. Las condiciones de la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de AASLD - IDSA.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	HCV = Se aplicarán los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD- IDSA. Virus de la hepatitis B (Hepatitis B virus, HBV)= 48 semanas. Otros= Año del plan.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PHENYL BUTYRATE
Nombres de medicamentos	SODIUM PHENYL BUTYRATE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Grupo de autorización previa	PHENYLBUTYRATE
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de trastorno del ciclo de la urea (urea cycle disorder, UCD) confirmado por prueba enzimática, bioquímica o genética.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PIQRAY
Nombres de medicamentos	PIQRAY 200MG DAILY DOSE, PIQRAY 250MG DAILY DOSE, PIQRAY 300MG DAILY DOSE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	POMALYST
Nombres de medicamentos	POMALYST
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, amiloidosis de cadena ligera sistémica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Mieloma múltiple: El paciente ha recibido previamente al menos dos terapias para mieloma múltiple, incluido un agente inmunomodulador (es decir, thalidomide, lenalidomide) Y un inhibidor de proteosoma (es decir, bortezomib, carfilzomib, ixazomib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PRALUENT
Nombres de medicamentos	PRALUENT
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	PROMACTA
Nombres de medicamentos	PROMACTA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para trombocitopenia inmune (immune thrombocytopenia, ITP) persistente o crónica: 1) Para nuevos inicios: a) el paciente tuvo respuesta inadecuada o intolerancia a corticosteroides, inmunoglobulinas o esplenectomía Y b) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento previo al medicamento solicitado es menor de 30,000/mcL O 30,000-50,000/mcL con sangrado sintomático o factor(es) de riesgo de sangrado. 2) Para continuación de la terapia, la respuesta de recuento de plaquetas al medicamento solicitado: a) recuento de plaquetas actual menor o igual a 200,000/mcL O b) recuento de plaquetas actual superior a 200,000/mcL y dosis a ajustar al recuento de plaquetas lo suficientemente como para evitar sangrado clínicamente importante. Para trombocitopenia asociada a hepatitis C crónica: 1) Para nuevos inicios: el medicamento solicitado se usa para iniciar o mantener la terapia con interferon. 2) Para continuación de la terapia: el paciente recibe terapia con interferon. Para anemia aplásica grave (aplastic anemia, AA): 1) Para continuación de la terapia, la respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: a) el recuento de plaquetas actual es 50,000-200,000/mcL, O b) el recuento de plaquetas es menor de 50,000/mcL, y el paciente no recibió terapia adecuadamente ajustada durante al menos 16 semanas, O c) el recuento de plaquetas actual es menor de 50,000/mcL, y el paciente no depende de transfusiones, O d) el recuento de plaquetas actual es mayor de 200,000/mcL, y la dosis se ajustará para lograr y mantener un recuento de plaquetas objetivo adecuado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	HCV: 6 meses, INICIAL: ITP/AA 6 meses, REAUTORIZACIÓN: 1) APR de ITP/AA: Año del plan, 2) IPR de AA: 16 semanas.
Otros criterios	APR: respuesta plaquetaria adecuada (mayor de 50,000/mcL), IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (menos de 50,000/mcL).
Grupo de autorización previa	PULMOZYME
Nombres de medicamentos	PULMOZYME
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de fibrosis quística confirmado por pruebas genéticas o diagnósticas adecuadas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.

Grupo de autorización previa QUININE SULFATE
Nombres de medicamentos QUININE SULFATE
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, malaria Plasmodium vivax sin complicaciones.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida -
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura 1 mes
Otros criterios -

Grupo de autorización previa REGRANEX
Nombres de medicamentos REGRANEX
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida Para el tratamiento de úlceras neuropáticas diabéticas de extremidades inferiores que se extienden al tejido subcutáneo o más allá, y con flujo sanguíneo adecuado.
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura 20 semanas
Otros criterios -

Grupo de autorización previa RELISTOR INJ
Nombres de medicamentos RELISTOR
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida 1) El medicamento solicitado se receta para estreñimiento inducido por opioides en paciente adulto con enfermedad avanzada o dolores causados por cáncer activo que requiere aumento de la dosis de opioides para cuidados paliativos, O 2) El medicamento solicitado se receta para estreñimiento inducido por opioides en paciente adulto con dolor crónico no por cáncer, incluido el dolor crónico relacionado con cáncer previo o su tratamiento que no requiere de aumento frecuente (p. ej., semanal) de la dosis de opioides Y 3) El paciente no puede tolerar los medicamentos orales O 4) Se probó un medicamento por vía oral indicado para estreñimiento inducido por opioides en paciente adulto con dolor crónico no por cáncer. (Nota: los ejemplos son Amitiza o Movantik) Y 5) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento por vía oral indicado para estreñimiento inducido por opioides en paciente adulto con dolor crónico no por cáncer. (Nota: los ejemplos son Amitiza o Movantik) O 6) El paciente tiene contraindicado un medicamento por vía oral indicado para estreñimiento inducido por opioides en paciente adulto con dolor crónico no por cáncer (Nota: los ejemplos son Amitiza o Movantik).
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -

Grupo de autorización previa	RELISTOR INJ
Duración de la cobertura	4 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	REMICADE
Nombres de medicamentos	REMICADE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, espondiloartritis axial, síndrome de Behcet, granulomatosis con poliangeitis (granulomatosis de Wegener) hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenoso, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente tiene enfermedad fistulizante O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a inhibidor de factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor, TNF) autoinyectable (p. ej., adalimumab). Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada a al menos una terapia convencional (p. ej., corticosteroides, sulfasalazine, azathioprine, mesalamine) O 2) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional. Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) Se utilizará en combinación con methotrexate (MTX) o leflunomide O el paciente tiene intolerancia o contraindicación de MTX o leflunomide Y 2) respuesta inadecuada o intolerancia a inhibidor de factor de necrosis tumoral (TNF) autoinyectable (p. ej., adalimumab) o a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) (p. ej., tofacitinib). Para espondilitis anquilosante y espondiloartritis axial (solo nuevos inicios): 1) Respuesta inadecuada a una prueba con medicamento antiinflamatorio no esteroide O 2) intolerancia o contraindicación a AINE. Para psoriasis en placas crónica moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 5 % del área de la superficie corporal (BSA) afectada O áreas del cuerpo cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) afectadas al momento del diagnóstico Y 2) respuesta inadecuada o intolerancia a inhibidor de factor de necrosis tumoral (TNF) autoinyectable (p. ej., adalimumab). Para artritis idiopática juvenil (solo nuevos inicios): Respuesta inadecuada o intolerancia a inhibidor de factor de necrosis tumoral (TNF) autoinyectable (p. ej., adalimumab). Para hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): el paciente tiene enfermedad refractaria grave. Para uveítis (solo para nuevos inicios): El paciente experimentó respuesta inadecuada o intolerancia o tiene contraindicada una prueba de terapia inmunosupresora para uveítis (p. ej., methotrexate, azathioprine o mycophenolate mofetil).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	REVLIMID
Nombres de medicamentos	REVLIMID

Grupo de autorización previa	REVLIMID
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, amiloidosis de cadena ligera sistémica, linfoma de Hodgkin clásico, anemia asociada a mielofibrosis, linfoma no Hodgkin con los siguientes subtipos: leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño, linfoma de células B grandes difusas relacionado con SIDA, linfoma de efusión primaria, linfoma asociado a enfermedad de Castleman, linfoma de células B grandes difusas, linfoma folicular, linfoma MALT gástrico/no gástrico, linfoma de células B cutáneo primario, linfoma de zona marginal nodal/esplénica, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfoma/leucemia de células T en adultos, micosis fungoide/síndrome de Sézary, linfoma de células T angioinmunoblástico, linfoma de células T periférico no especificado de otro modo, linfoma de células T asociado a enteropatía y linfoma de células grandes anaplásico cutáneo primario.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Síndrome mielodisplásico (MDS): MDS de riesgo 1 bajo a intermedio con anemia sintomática.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RITUXAN
Nombres de medicamentos	RITUXAN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (small lymphocytic lymphoma, SLL), linfoma de células de manto, linfomas de zona marginal (nodal, esplénica, MALT), linfoma de Burkitt, linfoma de células B cutáneo primario, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con SIDA, leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (post-transplant lymphoproliferative disorder, PTLD), linfoma linfoblástico], púrpura trombocitopénica idiopática o inmune refractaria (ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia/linfoma linfoplasmocítico de Waldenstrom, enfermedad crónica injerto contra huésped (graft-versus-host disease, GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (predominante linfocito nodular), linfoma de CNS primario, metástasis leptomeníngicas de los linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención de PTLD relacionado con virus de Epstein-Barr (Epstein-Barr virus, EBV), esclerosis múltiple.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): 1) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX) a menos que esté contraindicado o no sea tolerado, Y 2) El paciente tiene respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al inhibidor de factor de necrosis tumoral (TNF) autoinyectable (p. ej., adalimumab) o a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) (p. ej., tofacitinib). Malignidades hematológicas deben ser CD20 positivo. Para granulomatosis de Wegener (WG) y Poliangeitis microscópica (microscopic polyangiitis, MPA): El medicamento solicitado se

Grupo de autorización previa	RITUXAN
	usará en combinación con glucocorticoides. 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RITUXAN HYCELA
Nombres de medicamentos	RITUXAN HYCELA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Malignidades deben ser CD20 positivo. El paciente debe recibir al menos una dosis completa de producto rituximab por infusión intravenosa sin experimentar reacciones adversas graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ROZLYTREK
Nombres de medicamentos	ROZLYTREK
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	RUBRACA
Nombres de medicamentos	RUBRACA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	RYDAPT
Nombres de medicamentos	RYDAPT
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para leucemia mieloide aguda (AML) con mutación FLT3 positiva recién diagnosticada, el medicamento solicitado se usa/usó en combinación con cytarabine estándar con inducción de daunorubicin o idarubicin seguido de quimioterapia de consolidación con cytarabine.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SIGNIFOR
Nombres de medicamentos	SIGNIFOR
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tuvo cirugía pituitaria no curativa o el paciente no es candidato para la cirugía.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SILDENAFIL
Nombres de medicamentos	SILDENAFIL CITRATE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de OMS) confirmada por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SIRTURO
Nombres de medicamentos	SIRTURO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de infección latente debido a tuberculosis micobacteriana, tuberculosis sensible a

Grupo de autorización previa	SIRTURO
	medicamentos, tuberculosis extrapulmonar, o infección causada por micobacteria no tuberculosa.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SOMATULINE DEPOT
Nombres de medicamentos	SOMATULINE DEPOT
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, tumores neuroendócrinos (NET) del tracto gastrointestinal (GI), timo, pulmón, páncreas y glándula suprarrenal.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para acromegalia: 1) El paciente tiene alto nivel de factor de crecimiento insulínico en pretratamiento (IGF-1) para la edad o género, 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 NET del tracto GI, timo y pulmón: el paciente tiene una enfermedad metastásica o no operable.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para continuación de terapia de acromegalia: el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.
Grupo de autorización previa	SOMAVERT
Nombres de medicamentos	SOMAVERT
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente cumple todos los siguientes criterios: 1) El paciente tiene alto nivel de factor de crecimiento insulínico en pretratamiento (IGF-1) para la edad o género, 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para continuación de terapia: el IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.
Grupo de autorización previa	SPRYCEL
Nombres de medicamentos	SPRYCEL

Grupo de autorización previa	SPRYCEL
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, tumor de estroma gastrointestinal (GIST).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para leucemia mielógena crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda (ALL), diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML, 1) el paciente recibió trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) El paciente tiene CML de fase de blastocitos o acelerada, O 3) Para CML de fase crónica, el paciente cumple uno de los siguientes criterios a) el paciente tiene 21 años de edad como máximo o b) el paciente tiene riesgo alto o intermedio de avance de la enfermedad, o c) bajo riesgo de avance de la enfermedad y experimentó resistencia, intolerancia o toxicidad con imatinib o un inhibidor alternativo de la tirosina-cinasa. Si el paciente experimentó resistencia a imatinib o a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para CML, el paciente tiene mutación T315I negativa. Para GIST, el paciente debe tener mutación PDGFRA D842V y avance de enfermedad con imatinib, sunitinib o regorafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	STIVARGA
Nombres de medicamentos	STIVARGA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, GIST progresivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer colorrectal: Enfermedad avanzada o metastásica no operable. El paciente tuvo un progreso en el tratamiento con a) régimen FOLFOXIRI (fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin e irinotecan) O b) regímenes basados en irinotecan Y oxaliplatin.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SUTENT
Nombres de medicamentos	SUTENT
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, carcinoma de tiroides (folicular, papilar, de células de Hurthle o medular), angiosarcoma, tumor fibroso solitario, hemangiopericitoma, cordoma (cáncer de huesos), carcinoma del timo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma de célula renal: 1) La enfermedad es recidivante, no operable o metastásica, O 2) El paciente tiene alto riesgo de recurrencia de la enfermedad después de la nefrectomía.

Grupo de autorización previa	SUTENT
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SYLATRON
Nombres de medicamentos	SYLATRON
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, mielofibrosis, policitemia vera, trombocitemia esencial.
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	SYMDEKO
Nombres de medicamentos	SYMDEKO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene mutación F508del positiva en ambos alelos del gen CFTR o el paciente tiene mutación en el gen CFTR con respuesta a la potenciación con tezacaftor/ivacaftor según datos de ensayos clínicos o in vitro. Si se desconoce el genotipo del paciente, se usará una prueba de mutación de fibrosis quística autorizada por la FDA para detectar la presencia de CFTR
Restricciones de edad	6 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Symdeko no se usará en combinación con Orkambi o Kalydeco.
Grupo de autorización previa	SYMPAZAN
Nombres de medicamentos	SYMPAZAN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SYNRIBO
Nombres de medicamentos	SYNRIBO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Grupo de autorización previa	SYNRIBO
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para leucemia mieloide crónica (CML) el paciente experimentó resistencia, toxicidad o intolerancia a terapia anterior con al menos dos inhibidores de la tirosina cinasa (tyrosine-kinase inhibitors, TKI) (p. ej., imatinib, dasatinib, nilotinib, bosutinib, ponatinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TAFINLAR
Nombres de medicamentos	TAFINLAR
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, metástasis cerebral por melanoma.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para melanoma (incluidas metástasis cerebrales), tumor con resultado positivo para la mutación de activación de BRAF V600 (p. ej., mutación BRAF V600E o BRAF V600K). Para NSCLC, tumor con mutación de activación BRAF V600 positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TAGRISO
Nombres de medicamentos	TAGRISO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, cáncer pulmonar de células no pequeñas metastásico o recurrente con mutación positiva de EGFR, metástasis cerebral si son activas contra tumor primario (cáncer pulmonar de células no pequeñas con mutación positiva de EGFR T790M).
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	TALZENNA
Nombres de medicamentos	TALZENNA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-

Grupo de autorización previa	TALZENNA
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TARCEVA
Nombres de medicamentos	ERLOTINIB HYDROCHLORIDE, TARCEVA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, cordoma, carcinoma de células renales (renal cell carcinoma, RCC).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas, el paciente tiene mutación del EGFR sensibilizante conocida. Para cáncer de páncreas, la enfermedad está localmente avanzada, es metastásica o no operable.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TASIGNA
Nombres de medicamentos	TASIGNA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, leucemia linfobástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), tumor de estroma gastrointestinal (GIST).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para CML o ALL, diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML, 1) el paciente recibió trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) el paciente tiene CML de fase de blastocitos o acelerada, O 3) Para CML de fase crónica, el paciente cumple uno de los siguientes criterios: a) el paciente tiene 18 años de edad como máximo, b) el paciente tiene riesgo alto o intermedio de avance de la enfermedad, o c) bajo riesgo de avance de la enfermedad y experimentó resistencia, intolerancia o toxicidad con imatinib o un inhibidor alternativo de la tirosina-cinasa. Si el paciente experimentó resistencia a imatinib o a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para CML, el paciente tiene mutación T315I negativa. Para GIST, el paciente debe haber tenido un progreso con imatinib, sunitinib o regorafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TAZAROTENE
Nombres de medicamentos	TAZAROTENE, TAZORAC
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-

Grupo de autorización previa	TAZAROTENE
Información médica requerida	Para psoriasis en placas, el medicamento solicitado se receta para tratar menos del 20 % del área de superficie del cuerpo del paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TECENTRIQ
Nombres de medicamentos	TECENTRIQ
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE CYPIONATE INJ
Nombres de medicamentos	TESTOSTERONE CYPIONATE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, disforia de género en pacientes masculinos transgénero.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga un nivel bajo de testosterona confirmado según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar antes del inicio de la terapia con testosterona, O 2) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga al menos dos niveles de testosterona bajos confirmados según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar O 3) El medicamento solicitado se receta para disforia de género en paciente varón transgénero mayor de 12 años de edad y que puede tomar una decisión informada y madura de someterse a la terapia.
Restricciones de edad	12 años de edad en adelante (se aplica a disforia de género solamente).
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE ENANTHATE INJ
Nombres de medicamentos	TESTOSTERONE ENANTHATE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.

Grupo de autorización previa TESTOSTERONE ENANTHATE INJ

Criterios de exclusión -

Información médica requerida 1) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga un nivel bajo de testosterona confirmado según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar antes del inicio de la terapia con testosterona, O 2) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga al menos dos niveles de testosterona bajos confirmados según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar O 3) El medicamento solicitado se receta para cáncer de mama metastásico inoperable en paciente con 1 a 5 años de posmenopausia y que haya tenido respuesta incompleta a otra terapia para el cáncer de mama metastásico O 4) El medicamento solicitado se receta para paciente premenopáusica con cáncer de mama que se haya beneficiado con una ooforectomía y se considere que tiene un tumor que responde a hormonas, O 5) El medicamento solicitado se receta para retraso de la pubertad en paciente de sexo masculino.

Restricciones de edad -

Restricciones del recetador -

Duración de la cobertura Año del plan

Otros criterios -

Grupo de autorización previa TETRABENAZINE

Nombres de medicamentos TETRABENAZINE

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, tics crónicos, discinesia tardía, hemibalismo, corea no asociada con enfermedad de Huntington.

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 THALOMID

Nombres de medicamentos THALOMID

Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, anemia relacionada con mielofibrosis, amiloidosis de cadena ligera sistémica, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, estomatitis aftosa recurrente, úlceras aftosas recurrentes asociadas a VIH, cachexia, diarrea asociada a VIH, sarcoma de Kaposi, síndrome de Behcet, enfermedad injerto contra huésped crónica, enfermedad de Crohn, enfermedad de Castleman multicéntrica.

Grupo de autorización previa	THALOMID
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Caquexia: La caquexia debe ser por cáncer o infección de VIH. Sarcoma de Kaposi: Paciente con VIH.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TIBSOVO
Nombres de medicamentos	TIBSOVO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	TOBRAMYCIN
Nombres de medicamentos	TOBRAMYCIN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, bronquiectasias no por fibrosis quística.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de vías aéreas del paciente, O el paciente tiene antecedentes de infección o colonización de pseudomonas aeruginosa en vías aéreas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Grupo de autorización previa	TOPICAL LIDOCAINE
Nombres de medicamentos	GLYDO, LIDOCAINE, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HCL JELLY, LIDOCAINE/PRILOCAINE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se usa para anestesia tópica, 2) Si el medicamento solicitado se va a utilizar como parte de un producto compuesto, entonces todos los principios activos del producto compuesto están aprobados por la FDA para uso tópico.
Restricciones de edad	-

Grupo de autorización previa	TOPICAL LIDOCAINE
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Grupo de autorización previa	TOPICAL TESTOSTERONES
Nombres de medicamentos	ANDRODERM, TESTOSTERONE, TESTOSTERONE PUMP
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga un nivel bajo de testosterona confirmado según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar antes del inicio de la terapia con testosterona, O 2) La solicitud es para continuación de terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para hipogonadismo en paciente de sexo masculino o paciente que se autoidentifica como hombre que tenga al menos dos niveles de testosterona bajos confirmados según las pautas de práctica actuales o según sus valores de referencia de laboratorio para sexo masculino estándar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TOPICAL TRETINOIN
Nombres de medicamentos	AVITA, TRETINOIN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	TRELSTAR
Nombres de medicamentos	TRELSTAR MIXJECT
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-

Grupo de autorización previa	TRELSTAR
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	No se aprueba el uso como terapia neoadyuvante antes de prostatectomía radical.
Grupo de autorización previa	TREPROSTINIL INJ
Nombres de medicamentos	REMODULIN, TREPROSTINIL
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de OMS) confirmada por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Grupo de autorización previa	TRIENTINE
Nombres de medicamentos	TRIENTINE HYDROCHLORIDE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TURALIO
Nombres de medicamentos	TURALIO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	TYKERB
Nombres de medicamentos	TYKERB

Grupo de autorización previa	TYKERB
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, lesiones de CNS metastásicas por cáncer de mama con HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de mama con HER2 positivo el medicamento solicitado se usará en combinación con: 1) inhibidor de aromatasas (p. ej., anastrozole, letrozole, exemestane), o 2) capecitabine, o 3) trastuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TYMLOS
Nombres de medicamentos	TYMLOS
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para osteoporosis posmenopáusica: la paciente cumple UNO de estos criterios (1 o 2): 1) Antecedentes de fracturas por fragilidad, O 2) Un puntaje T en pretratamiento menor o igual a -2.5 u osteopenia con alta probabilidad de fractura FRAX en pretratamiento, y la 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) La paciente no tuvo buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior (es decir, bisfosfonatos orales o agentes antirresortivos inyectables)
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	24 meses total durante toda la vida para análogos de la hormona paratiroidea (p. ej., abaloparatide o teriparatide)
Otros criterios	El paciente tiene alta probabilidad de fractura FRAX si la probabilidad de 10 años es mayor o igual al 20 % para cualquier fractura osteoporótica importante o mayor o igual al 3 % para fractura de cadera.
Grupo de autorización previa	VALCHLOR
Nombres de medicamentos	VALCHLOR
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, linfoma/leucemia de células T en adultos, crónico o latente, micosis fungoide, linfoma de zona marginal cutáneo primario, linfoma de centro folicular cutáneo primario, papulosis linfomatoide.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa VELCADE
Nombres de medicamentos BORTEZOMIB, VELCADE
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, amiloidosis de cadena ligera sistémica, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de Castleman multicéntrica.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida -
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.

Grupo de autorización previa VENCLEXTA
Nombres de medicamentos VENCLEXTA, VENCLEXTA STARTING PACK
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, linfoma linfocítico pequeño, linfoma de células de manto.
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 VENTAVIS
Nombres de medicamentos VENTAVIS
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida Hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de OMS) confirmada por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) presión arterial pulmonar promedio en pretratamiento mayor o igual a 25 mmHg, 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares en pretratamiento menor o igual a 15 mmHg, y 3) resistencia vascular pulmonar en pretratamiento mayor de 3 unidades Wood.
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.

Grupo de autorización previa VERSACLOZ
Nombres de medicamentos VERSACLOZ

Grupo de autorización previa	VERSACLOZ
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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	VERZENIO
Nombres de medicamentos	VERZENIO
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VIGABATRIN
Nombres de medicamentos	VIGABATRIN, VIGADRONE
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para convulsiones parciales complejas (complex partial seizures, CPS): el paciente tuvo respuesta inadecuada a al menos 2 terapias alternativas para CPS (p. ej., carbamazepine, phenytoin, levetiracetam, topiramate, oxcarbazepine o lamotrigine).
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VITRAKVI
Nombres de medicamentos	VITRAKVI
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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 VIZIMPRO
Nombres de medicamentos VIZIMPRO
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
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 VOSEVI
Nombres de medicamentos VOSEVI
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión Cirrosis descompensada/trastorno hepático moderado o grave (Child Turcotte Pugh clase B o C)
Información médica requerida Infección de hepatitis C crónica confirmada por presencia de ARN del virus de la hepatitis C (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).
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Se aplicarán los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (Infectious Diseases Society of America, IDSA).
Otros criterios -

Grupo de autorización previa VOTRIENT
Nombres de medicamentos VOTRIENT
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, carcinoma de tiroides (folicular, papilar, de células de Hurthle, o medular), sarcoma uterino, cáncer de ovario (ovario epitelial, trompa de Falopio o peritoneal primario).
Criterios de exclusión -
Información médica requerida Para carcinoma de célula renal: Enfermedad recidivante, metastásica o no operable. Para sarcoma de tejido blando (soft tissue sarcoma, STS): 1) El paciente no tiene sarcoma de tejido blando adiposo, Y 2) El paciente tiene uno de estos subtipos de STS: a) tumor de estroma gastrointestinal (GIST), b) angiosarcoma, c) rhabdomioma pleomórfico, d) sarcoma

Grupo de autorización previa	VOTRIENT
	retroperitoneal/intraabdominal o e) sarcoma de cabeza/cuello y tronco superficial/de extremidad.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VRAYLAR
Nombres de medicamentos	VRAYLAR
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a uno de los siguientes: lurasidone, aripiprazole, olanzapine, paliperidone, quetiapine, risperidone o ziprasidone.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XALKORI
Nombres de medicamentos	XALKORI
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) con amplificación de MET de alto nivel o mutación de salto de exones 14 de MET, tumores miofibroblásticos inflamatorios (inflammatory myofibroblastic tumors, IMT).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para IMT, el tumor es ALK positivo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XELJANZ
Nombres de medicamentos	XELJANZ, XELJANZ XR
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): El paciente cumple al menos uno de los siguientes criterios: 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al methotrexate (MTX) O 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo (p. ej., adalimumab). Para artritis psoriásica activa (solo nuevos inicios): El paciente cumple TODOS los siguientes criterios: 1) Respuesta inadecuada al methotrexate (MTX) u otro medicamento antirreumático modificador de la

Grupo de autorización previa	XELJANZ
	enfermedad (DMARD) no biológico (p. ej., leflunomide, sulfasalazine, etc.) O biológico previo (p. ej., adalimumab), Y 2) El medicamento solicitado se usa en combinación con DMARD no biológico (p. ej., methotrexate, leflunomide, sulfasalazine, etc.). Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos inicios): El paciente cumple al menos uno de los siguientes criterios: 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a al menos una opción de terapia convencional (p. ej., aminosalicilatos orales, corticosteroides) o 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo (p. ej., adalimumab)
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XGEVA
Nombres de medicamentos	XGEVA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipercalcemia de malignidad, afección refractaria a la terapia con bisfosfonatos intravenosos (p. ej., zoledronic acid, pamidronate) o motivo clínico para evitar la terapia con bisfosfonatos intravenosos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura bajo la Parte D si la cobertura está disponible bajo la Parte A o B al recetarse el medicamento y entregarse o administrarse el medicamento para la persona.
Grupo de autorización previa	XIFAXAN
Nombres de medicamentos	XIFAXAN
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Reducción del riesgo de exceso de recurrencia de encefalopatía hepática: 6 meses, IBS-D: año del plan.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XOLAIR
Nombres de medicamentos	XOLAIR
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-

Grupo de autorización previa	XOLAIR
Información médica requerida	Para terapia inicial de asma alérgico: 1) El paciente tiene prueba cutánea positiva (o análisis de sangre) en al menos 1 aeroalérgeno perenne, 2) El paciente tiene nivel de inmunoglobulina E (IgE) inicial mayor o igual a 30 IU/mL, 3) El paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los siguientes medicamentos a dosis óptima: a) corticosteroides inhalable, 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 medicamento solicitado desde el inicio de la terapia. 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), 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.
Restricciones de edad	Para CIU: 12 años de edad en adelante. Para asma alérgico: 6 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Asma alérgico: Año del plan. CIU inicial: 6 meses. Continuación de CIU: Año del plan.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XOSPATA
Nombres de medicamentos	XOSPATA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XPOVIO
Nombres de medicamentos	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY, XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY, XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY, XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XTANDI
Nombres de medicamentos	XTANDI
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará para tratar el cáncer de próstata.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XYREM
Nombres de medicamentos	XYREM
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento se receta para el tratamiento de somnolencia excesiva durante el día en pacientes con narcolepsia Y 2) El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento estimulante del CNS y un medicamento promotor de estado de vigilia de CNS O 3) el paciente tiene contraindicado al menos un medicamento estimulante de CNS y un medicamento promotor de estado de vigilia de CNS (NOTA: los ejemplos de medicamento estimulante de CNS son amphetamine, dextroamphetamine o methylphenidate. Un ejemplo de medicamento promotor de estado de vigilia de CNS es el armodafinil. La cobertura de armodafinil o amphetamine o methylphenidate puede requerir autorización previa). O 4) El medicamento que se receta es para el tratamiento de cataplexia en pacientes con narcolepsia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Si la solicitud es para la continuación de Xyrem (sodium oxybate), el paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o disminución de episodios de cataplexia con narcolepsia.
Grupo de autorización previa	ZAVESCA
Nombres de medicamentos	MIGLUSTAT
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de enfermedad de Gaucher confirmada por ensayo de enzima que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante.
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa ZEJULA
Nombres de medicamentos ZEJULA
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión -
Información médica requerida -
Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios Se inicia o inició el tratamiento a más tardar 8 semanas después de la última quimioterapia con platino.

Grupo de autorización previa ZELBORAF
Nombres de medicamentos ZELBORAF
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, metástasis cerebral por melanoma, cáncer pulmonar de células no pequeñas, leucemia de células pilosas y carcinoma de tiroides (papilar, folicular y de Hurthle).

Criterios de exclusión -
Información médica requerida Para melanoma (incluidas metástasis cerebrales), tumor con resultado positivo para la mutación de activación de BRAF V600 (p. ej., mutación BRAF V600E o BRAF V600K). Para cáncer pulmonar de células no pequeñas, el tumor tiene mutación BRAF V600E positiva. Para carcinoma de tiroides, el tumor tiene mutación BRAF positiva.

Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -
Duración de la cobertura Año del plan
Otros criterios -

Grupo de autorización previa ZEPATIER
Nombres de medicamentos ZEPATIER
Usos cubiertos Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión Cirrosis descompensada/trastorno hepático moderado o grave (Child Turcotte Pugh clase B o C)

Información médica requerida Infección de hepatitis C crónica confirmada por presencia de ARN del virus de la hepatitis C (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 (p. ej., polimorfismos NS5A), cuando corresponda, estado de trasplante de hígado y riñones, si corresponde. Las condiciones de la cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de AASLD -IDSA.

Restricciones de edad -
Restricciones del recetador -

Grupo de autorización previa	ZEPATIER
Duración de la cobertura	Se aplicarán los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (Infectious Diseases Society of America, IDSA).
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZOLINZA
Nombres de medicamentos	ZOLINZA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, micosis fungoide, síndrome de Sézary.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZYDELIG
Nombres de medicamentos	ZYDELIG
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, leucemia linfocítica crónica refractaria o recidivante (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma folicular progresivo, recidivante o refractario, linfomas de la zona marginal [linfoma de zona marginal nodal, linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica (MALT), linfoma MALT no gástrico, y linfoma de zona marginal esplénica].
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZYKADIA
Nombres de medicamentos	ZYKADIA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, tumor miofibroblástico inflamatorio con cinasa de linfoma anaplásico (ALK) positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de las células no pequeñas (NSCLC), el medicamento solicitado se usa para tratamiento de NSCLC recurrente o metastásico con ALK positivo. Para tumor miofibroblástico inflamatorio, el tumor es ALK positivo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan

Grupo de autorización previa	ZYKADIA
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZYPREXA RELPREVV
Nombres de medicamentos	ZYPREXA RELPREVV
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Se ha establecido tolerancia con olanzapine por vía oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZYTIGA
Nombres de medicamentos	ABIRATERONE ACETATE, ZYTIGA
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D, y cáncer de próstata localmente avanzado y de alto riesgo o metastásico recién diagnosticado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de próstata metastásico resistente a castración: El medicamento solicitado se usará en combinación con prednisone. Para cáncer de próstata localmente avanzado o metastásico sensible a castración: 1) El medicamento solicitado se usará en combinación con prednisone y terapia concurrente de supresión de andrógenos. La terapia de supresión de andrógenos no se necesita en pacientes que tuvieron una orquiectomía bilateral, 2) La enfermedad está recién diagnosticada y es metastásica, nódulos positivos, localmente avanzada de alto riesgo o se trató previamente con cirugía radical o radioterapia y ahora es recidivante con características de alto riesgo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del recetador	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Healthy Advantage HMO SNP es un plan de salud con un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Healthy Advantage depende de la renovación del contrato.

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.