Criterios de PA

Grupo de autorización previa	ABIRATERONE
Nombres de medicamentos	ABIRATERONE ACETATE, ABIRTEGA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de próstata con ganglios positivos (N1) y no metastásico (M0), cáncer de próstata de muy alto riesgo, cáncer de próstata de alto riesgo no metastásico, cáncer de próstata no metastásico con persistencia/recurrencia del antígeno prostático específico (PSA) después de una prostatectomía radical
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ACITRETIN
Nombres de medicamentos	ACITRETIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Prevención de tipos de cáncer de piel distinto del melanoma en personas de alto riesgo; liquen plano; queratosis folicular (enfermedad de Darier)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato o ciclosporina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ACTIMMUNE
Nombres de medicamentos	ACTIMMUNE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Micosis fungoide; síndrome de Sézary
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AIMOVIG
Nombres de medicamentos	AIMOVIG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción de los días de migraña al mes en relación con el valor inicial de referencia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AKEEGA
Nombres de medicamentos	AKEEGA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALBENDAZOLE
Nombres de medicamentos	ALBENDAZOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Ascariasis, tricuriasis, microsporidiosis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Hidatidosis, microsporidiosis: 6 meses. Todas las demás indicaciones: 1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALDURAZYME
Nombres de medicamentos	ALDURAZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la mucopolisacaridosis I (MPS I): Diagnóstico confirmado por ensayo de enzima que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-L-iduronidasa y/o por pruebas genéticas. Pacientes con síndrome de Scheie (es decir, MPS I atenuada) deben tener síntomas moderados a graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALECENSA
Nombres de medicamentos	ALECENSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) con cinasa de linfoma anaplásico (ALK) positivo recurrente, metástasis cerebral por NSCLC con ALK positivo, linfoma de células grandes anaplásico (ALCL) con ALK positivo, enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK, linfoma de células B grandes con ALK positivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de una resección tumoral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALOSETRON
Nombres de medicamentos	ALOSETRON HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome de colon irritable (IBS) predominante con diarrea grave: 1) el medicamento solicitado se receta para una paciente de sexo biológico femenino, o una persona que se identifica como mujer, 2) síntomas de IBS crónico que duran, al menos, 6 meses, 3) se descartaron anomalías del tubo digestivo Y 4) respuesta inadecuada al tratamiento con un tratamiento convencional (p. ej., antiespasmódicos, antidepresivos, antidiarreicos).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR
Nombres de medicamentos	ARALAST NP, PROLASTIN-C, ZEMAIRA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la deficiencia del inhibidor de alfa1-proteinasa: El paciente debe tener 1) enfisema clínicamente evidente Y 2) nivel de inhibidor de la proteinasa alfa1 en suero antes del tratamiento inferior a 11 micromol/l (80 miligramos por decilitro [mg/dl] por inmunodifusión radial o 50 mg/dl por nefelometría).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALUNBRIG
Nombres de medicamentos	ALUNBRIG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) con cinasa de linfoma anaplásico (ALK) positivo recurrente, metástasis cerebral con ALK positivo debido a NSCLC, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK, enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) la enfermedad es positiva para la cinasa del linfoma anaplásico (ALK).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALVAIZ
Nombres de medicamentos	ALVAIZ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para trombocitopenia inmune (ITP) persistente o crónica (nuevos casos): 1) El paciente (pt) tuvo una respuesta inadecuada o es intolerante a un tratamiento previo como corticoesteroides o inmunoglobulinas, Y 2) el recuento de plaquetas (plt) sin hacer la transfusión en cualquier momento antes de iniciar el medicamento solicitado es menor que 30,000/mcl O entre 30,000/mcl y 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental donde se prevé pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente a traumatismos). Para la ITP (continuación): respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) La respuesta de recuento de plaquetas actual es igual o inferior a 200,000/mcl, O 2) el recuento de plaquetas actual es superior a 200,000/mcl, e inferior o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará al recuento de plaquetas lo suficientemente como para evitar un sangrado importante desde el punto de vista clínico. Para trombocitopenia asociada a la hepatitis C crónica (nuevos casos): el medicamento solicitado se usa para iniciar y mantener el tratamiento con interferón. Para la trombocitopenia asociada a la hepatitis C crónica (continuación): el paciente está recibiendo una terapia con interferón. Para anemia aplásica grave (AA) (nuevos casos): El paciente no respondió suficientemente al tratamiento inmunosupresor.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	HCV: 6 meses, ITP/AA inicial: 6 meses, ITP reautorización: Año del plan, AA reautorización: APR-Año del plan, IPR-16 semanas
Otros criterios	Para AA grave (continuación): 1) El recuento de plaquetas actual es de entre 50,000/mcl y 200,000/mcl, O 2) el recuento de plaquetas actual es inferior a 50,000/mcl y el paciente no recibió un tratamiento ajustado de manera adecuada durante, al menos, 16 semanas, O 3) el recuento de plaquetas actual es inferior a 50,000/mcl y el paciente no depende de transfusiones O 4) el recuento de plaquetas actual es superior a 200,000/mcl e inferior o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará para alcanzar y mantener un recuento de plaquetas objetivo adecuado. APR: respuesta plaquetaria adecuada (superior a 50,000/mcl). IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (inferior a 50,000/mcl).

Grupo de autorización previa	ALYFTREK
Nombres de medicamentos	ALYFTREK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del gen CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones de edad	6 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AMBRISENTAN
Nombres de medicamentos	AMBRISENTAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos casos): 1) presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, Y 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual que 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AMPHETAMINES
Nombres de medicamentos	AMPHETAMINE/DEXTROAMPHETA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o un trastorno de déficit de atención (ADD); O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ANTIOBESITY AGENTS_M
Nombres de medicamentos	ADIPEX-P, BENZPHETAMINE HCL, DIETHYLPROPION HCL, DIETHYLPROPION HCL ER, DIETHYLPROPION HYDROCHLOR, LOMAIRA, ORLISTAT, PHENDIMETRAZINE TARTRATE, PHENTERMINE HCL, PHENTERMINE HYDROCHLORIDE, XENICAL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	Indicador de indicaciones de PA: Todas las indicaciones aprobadas por la FDA Usos fuera de lo indicado: Ninguno Criterios de exclusión: Ninguno Información médica requerida: Para productos que contienen phentermine (incluidos Adipex-P y Lomaira) y Xenical (orlistat) y cápsulas de liberación prolongada de phendimetrazine: el paciente tiene un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual que 30 kilogramos por metro cuadrado o un IMC mayor o igual que 27 kilogramos por metro cuadrado en presencia de otros factores de riesgo (p. ej., hipertensión, diabetes, dislipidemia). Para las tabletas de benzphetamine, diethylpropion y phendimetrazine: el paciente tiene un IMC mayor o igual a 30 kilogramos por metro cuadrado. Para todos los productos: 1) el paciente no recibe más de un agente contra la obesidad al mismo tiempo y, 2) si es mujer, la paciente no está embarazada. Si la solicitud es para un producto que contiene phentermine, no se utilizará en un paciente que también esté usando Fintepla (fenfluramine). Restricciones de edad: Ninguno Restricciones de la persona que receta: Ninguno Duración de la cobertura: Xenical: 12 meses. Todos los demás medicamentos solicitados: 3 meses (90 días de tratamiento) por año Otros criterios: Ninguno

Grupo de autorización previa	ARCALYST
Nombres de medicamentos	ARCALYST
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan el tratamiento para bajar el nivel de urato.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan el tratamiento para bajar el urato (p. ej., allopurinol) (nuevos casos): 1) dos o más crisis de gota dentro de los 12 meses previos; Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicaciones a la dosis máxima tolerada de medicamentos antinflamatorios no esteroideos (NSAID) y colchicina; Y 3) uso concurrente con la terapia hipouricemiante. Para prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan el tratamiento para bajar el urato (p. ej., allopurinol) (continuación): 1) el paciente debe haber alcanzado o mantenido un beneficio clínico (es decir, menor cantidad de brotes de gota o de días de brote) en comparación con el valor inicial de referencia Y 2) uso continuado del tratamiento para bajar el urato concurrente con el medicamento solicitado. Para la pericarditis recurrente: el paciente debe haber tenido una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un NSAID y colchicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ARIKAYCE
Nombres de medicamentos	ARIKAYCE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ARMODAFINIL
Nombres de medicamentos	ARMODAFINIL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la somnolencia excesiva asociada a la narcolepsia: El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada a la apnea obstructiva del sueño (AOS): El diagnóstico se ha confirmado mediante polisomnografía.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AUGTYRO
Nombres de medicamentos	AUGTYRO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AUSTEDO
Nombres de medicamentos	AUSTEDO, AUSTEDO XR, AUSTEDO XR PATIENT TITRAT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Síndrome de Tourette
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AUVELITY
Nombres de medicamentos	AUVELITY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AYVAKIT
Nombres de medicamentos	AYVAKIT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, tumor del estroma gastrointestinal (GIST) residual, irresecable, rotura tumoral o enfermedad recurrente/metastásica sin mutación del exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, el paciente cumple con todos los siguientes criterios: 1) La enfermedad es positivo para el reordenamiento FIP1L1-PDGFRA; Y 2) la enfermedad presenta una mutación D842V del gen PDGFRA; Y 3) la enfermedad es resistente al imatinib. Para GIST, el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: 1) La enfermedad abarca una mutación del exón 18 del PDGFRA, incluida una mutación D842V del PDGFRA, O 2) el medicamento solicitado se utilizará después de obtener resultados insatisfactorios con al menos dos tratamientos residuales aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), irresecable, con rotura tumoral o recurrente/metastásica sin mutación del exón 18 del PDGFRA. Para mastocitosis sistémica: 1) El paciente tiene un diagnóstico de mastocitosis sistémica indolente o mastocitosis sistémica avanzada, que incluye mastocitosis sistémica agresiva (ASM), mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada (SM-AHN) y leucemia de mastocitos (MCL) Y 2) El paciente tiene un recuento de plaquetas mayor o igual a 50,000/microlitro (mcl).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	B VS. D
Nombres de medicamentos	ABELCET, ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, ALBUTEROL SULFATE, AMPHOTERICIN B, AMPHOTERICIN B LIPOSOME, APREPITANT, ASTAGRAF XL, AZACITIDINE, AZATHIOPRINE, BENDAMUSTINE HYDROCHLORID, BENDEKA, BUDESONIDE, CALCITONIN-SALMON, CALCITRIOL, CARBOPLATIN, CINACALCET HYDROCHLORIDE, CISPLATIN, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 1, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5, CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%, CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%, CLINIMIX 6/5, CLINIMIX 8/10, CLINIMIX 8/14, CLINISOL SF 15%, CLINOLIPID, CROMOLYN SODIUM, CYCLOPHOSPHAMIDE, CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR, CYCLOSPORINE, CYCLOSPORINE MODIFIED, CYTARABINE AQUEOUS, DEXTROSE 50%, DEXTROSE 70%, DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID, DOCETAXEL, DOCIVYX, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, ENGERIX-B, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FIASP PUMPCART, FLUOROURACIL, FRINDOVYX, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINE HCL, GEMCITABINE HYDROCHLORIDE, GENGRAF, GRANISETRON HYDROCHLORIDE, HEPARIN SODIUM, HEPLISAV-B, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, IBANDRONATE SODIUM, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), INTRALIPID, IPRATROPIUM BROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUT, IRINOTECAN, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE, JYLAMVO, JYNNEOS, KADCYLA, LEUCOVORIN CALCIUM, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, LEVALBUTEROL HYDROCHLORID, LEVOCARNITINE, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE, LIDOCAINE/PRILOCAINE, METHOTREXATE, METHOTREXATE SODIUM, METHYLPREDNISOLONE, METHYLPREDNISOLONE ACETAT, METHYLPREDNISOLONE SODIUM, MORPHINE SULFATE, MYCOPHENOLATE MOFETIL, MYCOPHENOLIC ACID DR, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, ONDANSETRON HYDROCHLORIDE, ONDANSETRON ODT, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PACLITAXEL PROTEIN-BOUND, PAMIDRONATE DISODIUM, PARICALCITOL, PEMETREXED, PENTAMIDINE ISETHIONATE, PLENAMINE, PREDNISOLONE, PREDNISOLONE SODIUM PHOSP, PREDNISONE, PREDNISONE INTENSOL, PREMASOL, PROGRAF, PROSOL, RABAVERT, RECOMBIVAX HB, SIROLIMUS, TACROLIMUS, TENIVAC, TPN ELECTROLYTES, TRAVASOL, TROPHAMINE, VINCRISTINE SULFATE, VINORELBINE TARTRATE, VIVIMUSTA, XATMEP, ZOLEDRONIC ACID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	N/C
Otros criterios	Este medicamento puede estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, según las circunstancias. Deberá enviarse información que describa el uso y entorno del medicamento para tomar la determinación.

Grupo de autorización previa	BAFIERTAM
Nombres de medicamentos	BAFIERTAM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BALVERSA
Nombres de medicamentos	BALVERSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma urotelial: 1) la enfermedad tiene alteraciones genéticas susceptibles del receptor 3 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR3) Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para cualquiera de los siguientes: a) carcinoma urotelial localmente avanzado, recurrente o metastásico, O b) carcinoma urotelial de vejiga en estadio II-IV, recurrente o persistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BANZEL
Nombres de medicamentos	RUFINAMIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BENLYSTA
Nombres de medicamentos	BENLYSTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Para pacientes que son nuevos en el tratamiento: lupus del sistema nervioso central activo grave.
Información médica requerida	Para lupus eritematoso sistémico (SLE): 1) el paciente recibe actualmente un régimen de tratamiento estándar estable para SLE (p. ej., corticosteroides, antipalúdicos o NSAID) O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación al régimen de terapia estándar para SLE. Para nefritis de lupus: 1) el paciente recibe actualmente un régimen de tratamiento estándar estable para la nefritis lúpica (p. ej., corticosteroid, cyclophosphamide, mycophenolate mofetil, o azathioprine) O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación al régimen de tratamiento estándar para la nefritis lúpica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BERINERT
Nombres de medicamentos	BERINERT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los ataques agudos de angioedema debidos al angioedema hereditario (HAE): 1) El paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio, O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo para una mutación de los genes F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), O b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue refractario a un ensayo de tratamiento con dosis altas de antihistamínicos durante al menos un mes.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un inmunólogo, alergista o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BESREMI
Nombres de medicamentos	BESREMI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BETASERON
Nombres de medicamentos	BETASERON
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BEXAROTENE
Nombres de medicamentos	BEXAROTENE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Micosis fungoide (MF), síndrome de Sézary (SS), linfoma cutáneo primario anaplásico de células grandes CD30 (LCPCG), papulosis linfomatoide con CD30 (PL).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BOSENTAN
Nombres de medicamentos	BOSENTAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos casos): 1) la presión arterial pulmonar media en pretratamiento es superior a 20 mmHg Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar en pretratamiento es inferior o igual a 15 mmHg Y 3) si la solicitud es para un paciente adulto, el paciente cumple los dos requisitos siguientes: a) la resistencia vascular pulmonar en pretratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood y b) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación para ambrisentan (Letairis).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BOSULIF
Nombres de medicamentos	BOSULIF
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia linfoblástica aguda de células B con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ B-ALL), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1 en fase crónica o blástica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes recién diagnosticados de CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I, G250E, V299L y F317L, Y 3) el paciente ha experimentado resistencia o intolerancia a imatinib, dasatinib o nilotinib. Para la LLA-B, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I, G250E, V299L y F317L.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRAFTOVI
Nombres de medicamentos	BRAFTOVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento adyuvante sistémico para melanoma cutáneo, adenocarcinoma apendicular, NSCLC recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) Tumor con mutación del gen BRAF V600E; Y 2) el paciente tiene cualquiera de las siguientes características: a) enfermedad avanzada o metastásica; b) metástasis metacrónica no operable. Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para la mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K) Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único o en combinación con binimetinib Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de las siguientes opciones: a) enfermedad metastásica, operable de forma limitada o no operable, o b) tratamiento adyuvante sistémico. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E Y 2) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con binimetinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRIVIACT
Nombres de medicamentos	BRIVIACT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom (a partir de los 4 años), Xcopri (a partir de los 18 años), Spritam (a partir de los 4 años).
Restricciones de edad	1 mes de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRONCHITOL
Nombres de medicamentos	BRONCHITOL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRUKINSA
Nombres de medicamentos	BRUKINSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de células del manto y la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (CLL/SLL): el paciente ha experimentado un evento adverso intolerable o tiene una contraindicación para Calquence (acalabrutinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BUDESONIDE CAP
Nombres de medicamentos	BUDESONIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Inducción y mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica en adultos, hepatitis autoinmune
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica: el paciente presenta una reaparición de los síntomas tras la interrupción del tratamiento de inducción.
Restricciones de edad	Enfermedad de Crohn, tratamiento: 8 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Hepatitis autoinmune, colitis microscópica, mantenimiento: 12 meses. Todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BUPRENORPHINE PATCH
Nombres de medicamentos	BUPRENORPHINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se prescribe para el dolor asociado al cáncer, la anemia falciforme, una enfermedad terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos O el paciente cumple todos los requisitos siguientes: 1) el medicamento solicitado se receta para un dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un periodo de tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) el paciente puede tomar con seguridad la dosis solicitada basándose en su historial de consumo de opioides [Nota: Este medicamento solo lo puede recetar un profesional de atención médica especializado en el uso de opioides potentes para el control de dolor crónico]. Y 3) el paciente ha sido evaluado y será monitoreado por el desarrollo del trastorno por uso de opioides; Y 4) la solicitud es para continuar la terapia para un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha recibido un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CABOMETYX
Nombres de medicamentos	CABOMETYX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas, sarcoma de Ewing, osteosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma endometrial
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma de célula renal: La enfermedad está avanzada, en recaída o en etapa IV (incluidas las metástasis cerebrales). Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) La enfermedad es positiva para reorganización durante la transfección (RET) Y 2) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior. Para tumor de estroma gastrointestinal (GIST) 1) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente o metastásica/ruptura tumoral Y 2) la enfermedad ha progresado después de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el sarcoma de Ewing y osteosarcoma: el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior. Para el cáncer de tiroides diferenciado (DTC) (folicular, papilar, oncocítico): 1) la enfermedad es localmente avanzada o metastásica, Y 2) la enfermedad ha progresado después de una terapia dirigida al receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR) Y 3) el paciente es refractario al tratamiento con yodo radiactivo (RAI) o no elegible para RAI. Para el carcinoma endometrial: 1) la enfermedad es recurrente Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CALCIPOTRIENE
Nombres de medicamentos	CALCIPOTRIENE, CALCITRENE, ENSTILAR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o presenta una contraindicación a un esteroide de uso tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CALQUENCE
Nombres de medicamentos	CALQUENCE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Macroglobulinemia de Waldenström (linfoma linfoplasmocítico), linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extranodal de la zona marginal del estómago, el linfoma extranodal de la zona marginal de localizaciones no gástricas, el linfoma ganglionar de la zona marginal, el linfoma esplénico de la zona marginal)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma de la zona marginal extraganglionar del estómago, el linfoma de la zona marginal extraganglionar de sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma esplénico de la zona marginal): el medicamento solicitado se utilizará para el tratamiento de la enfermedad recidivante, refractaria o progresiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CAPRELSA
Nombres de medicamentos	CAPRELSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Carcinomas tiroideos (foliculares, oncocíticos, papilares).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CARBAGLU
Nombres de medicamentos	CARGLUMIC ACID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS): Diagnóstico de (NAGS) confirmado por pruebas genéticas, bioquímicas o enzimáticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CAYSTON
Nombres de medicamentos	CAYSTON
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tratamiento de síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de vías respiratorias del paciente O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización de pseudomonas aeruginosa en vías respiratorias.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CEQUR
Nombres de medicamentos	CEQUR SIMPLICITY 2U, CEQUR SIMPLICITY INSERTER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere control de la insulina Y 2) el paciente actualmente está autoevaluando sus niveles de glucosa, se le aconsejará al paciente sobre cómo autoevaluar sus niveles de glucosa, o el paciente está usando un monitor continuo de glucosa Y 3) el paciente cumple uno de los siguientes criterios: a) el paciente ha probado inyecciones intravenosas rápidas y no cumplió con los objetivos glucémicos o tuvo dificultades para administrar múltiples inyecciones de insulina diariamente, b) el paciente no puede probar inyecciones intravenosas rápidas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CERDELGA
Nombres de medicamentos	CERDELGA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1 (GD1): 1) el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba enzimática que demuestra una deficiencia de la actividad enzimática de la beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas, y 2) el estado metabolizador de CYP2D6 del paciente se ha establecido mediante una prueba autorizada por la FDA, y 3) el paciente es un metabolizador extensivo de CYP2D6, un metabolizador intermedio o un metabolizador deficiente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CEREZYME
Nombres de medicamentos	CEREZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Enfermedad de Gaucher tipo 2, enfermedad de Gaucher tipo 3.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher: el diagnóstico fue confirmado por ensayo enzimático que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CGM LCD L33822
Nombres de medicamentos	DEXCOM G6 RECEIVER, DEXCOM G6 SENSOR, DEXCOM G6 TRANSMITTER, DEXCOM G7 RECEIVER, DEXCOM G7 SENSOR, FREESTYLE LIBRE 14 DAY/SE, FREESTYLE LIBRE 2/READER/, FREESTYLE LIBRE 2/SENSOR/, FREESTYLE LIBRE 3/READER/, FREESTYLE LIBRE 3/SENSOR/, FREESTYLE LIBRE/READER/FL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tener derecho a la cobertura de un monitor continuo de glucosa (CGM) y los suministros relacionados, el beneficiario debe cumplir todos los siguientes criterios de cobertura inicial (1)-(5): (1) dentro de los seis (6) meses anteriores a solicitar el CGM, el médico tratante realiza una visita de telesalud en persona o aprobada por Medicare con el beneficiario para evaluar su control de la diabetes y determina que los criterios (2) a (5) a continuación se cumplen, Y (2) el beneficiario tiene diabetes mellitus, Y (3) el médico tratante del beneficiario ha llegado a la conclusión de que el beneficiario (o el cuidador del beneficiario) tiene suficiente capacitación en el uso del CGM recetado, como se demuestra mediante la presentación de una receta médica, Y (4) el CGM se prescribe de acuerdo con las indicaciones de uso de la FDA, Y (5) el beneficiario a quien se le receta un CGM para mejorar el control glucémico cumple con al menos uno de los siguientes criterios: (A) el beneficiario recibe tratamiento con insulina O (B) el beneficiario tiene antecedentes de hipoglucemia problemática con documentación de al menos uno de los siguientes: (I) eventos hipoglucémicos de nivel 2 recurrentes (más de uno) (glucosa inferior a 54 mg/dl (3.0 mmol/l)) que persisten a pesar de múltiples (más de uno) intentos de ajustar los medicamentos y/o modificar el plan de tratamiento de la diabetes, O (II) antecedentes de un evento de hipoglucemia de nivel 3 (glucosa inferior a 54 mg/dl (3.0 mmol/l)) caracterizado por un estado mental o físico alterado que requiere asistencia de terceros para el tratamiento de la hipoglucemia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CLOBAZAM
Nombres de medicamentos	CLOBAZAM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Convulsiones asociadas al síndrome de Dravet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Convulsiones asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): A partir de los 2 años
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CLOMIPRAMINE
Nombres de medicamentos	CLOMIPRAMINE HYDROCHLORID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Depresión, trastorno de pánico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno obsesivo compulsivo (OCD) y el trastorno de pánico: el paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI). Para la depresión: El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a dos de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CLORAZEPATE
Nombres de medicamentos	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica.) Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) el medicamento solicitado se está utilizando en combinación con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) hasta que el ISRS/IRSN se vuelva efectivo para los síntomas de ansiedad, O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), b) inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
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	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante.

Grupo de autorización previa	CLOZAPINE ODT
Nombres de medicamentos	CLOZAPINE ODT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COBENFY
Nombres de medicamentos	COBENFY, COBENFY STARTER PACK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene contraindicaciones a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COMETRIQ
Nombres de medicamentos	COMETRIQ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), carcinomas de tiroides (folicular, oncocítico, papilar).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): La enfermedad es positiva para reorganización durante la reorganización de la transfección (RET).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COPIKTRA
Nombres de medicamentos	COPIKTRA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios, linfoma periférico de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica (CLL) / linfoma linfocítico pequeño (SLL), el linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios y el linfoma periférico de células T: el paciente tiene una enfermedad en recaída o refractaria. Para el linfoma hepatoesplénico de células T: el paciente presenta una enfermedad refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COSENTYX
Nombres de medicamentos	COSENTYX, COSENTYX SENSOREADY PEN, COSENTYX UNOREADY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos casos): 1) Al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuero cabelludo, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas al momento del diagnóstico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Pyzchiva (ustekinumab-ttwe), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab),Tremfya (guselkumab), Yesintek (ustekinumab-kfce). Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib) o Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondiloartritis axial activa no radiográfica (solo nuevos casos): el paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación para los NSAID. Para un adulto con artritis psoriásica (PsA) activa (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Pyzchiva (ustekinumab-ttwe), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada), Yesintek (ustekinumab-kfce).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidradenitis supurativa de moderada a grave (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf).

Grupo de autorización previa	COTELLIC
Nombres de medicamentos	COTELLIC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, glioblastoma), tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, glioblastoma): 1) tumor con mutación de activación del gen BRAF V600E Y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con vemurafenib. Para el melanoma: 1) tumor con mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K) Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con vemurafenib Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes casos: a) enfermedad metastásica o no operable o b) tratamiento adyuvante sistémico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CYSTADROPS
Nombres de medicamentos	CYSTADROPS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En caso de cistinosis: 1) Diagnóstico confirmado por presencia de CUALQUIERA de los siguientes: a) aumento de la concentración de cistina en leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) demostración de examen de cristales de cistina en la córnea con lámpara con hendidura, Y 2) el paciente tiene acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CYSTAGON
Nombres de medicamentos	CYSTAGON
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cistinosis nefropática: El diagnóstico se confirmó según CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) Presencia de un aumento de la concentración de cistina en los leucocitos, O 2) pruebas genéticas, O 3) demostración de cristales de cistina en la córnea mediante examen con lámpara de hendidura.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CYSTARAN
Nombres de medicamentos	CYSTARAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En caso de cistinosis: 1) Diagnóstico confirmado por presencia de CUALQUIERA de los siguientes: a) aumento de la concentración de cistina en leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) demostración de examen de cristales de cistina en la córnea con lámpara con hendidura, Y 2) el paciente tiene acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DALFAMPRIDINE
Nombres de medicamentos	DALFAMPRIDINE ER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para esclerosis múltiple, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios (para nuevos casos): antes de iniciar el tratamiento, el paciente demuestra una deficiencia sostenida en el desplazamiento. Para esclerosis múltiple (continuación): el paciente debe haber experimentado una mejora de la velocidad de desplazamiento U otra medición objetiva de la capacidad de desplazamiento desde que se inició el tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DANZITEN
Nombres de medicamentos	DANZITEN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), sinovitis villonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes recién diagnosticados de CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la CML, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente ha experimentado resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la ALL, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DARAPRIM
Nombres de medicamentos	PYRIMETHAMINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Profilaxis de toxoplasmosis, profilaxis de neumonía por Pneumocystis jirovecii, tratamiento de cistoisosporiasis y profilaxis secundaria
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de la toxoplasmosis primaria y la profilaxis de la neumonía por Pneumocystis jirovecii (PCP): 1) El paciente experimentó una intolerancia o tiene una contraindicación al trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) Y 2) el paciente tuvo un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 3 meses. Para la profilaxis de la toxoplasmosis secundaria: El paciente ha tenido un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses. Para el tratamiento de la cistoisosporiasis: El paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación al TMP-SMX. Para la profilaxis secundaria de la cistoisosporiasis: 1) El paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación a la TMP-SMX Y 2) el paciente ha tenido un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento de la toxoplasmosis congénita: Año del plan. Tratamiento para la toxoplasmosis adquirida, profilaxis primaria de la toxoplasmosis, profilaxis para la PCP: 3mo. Profilaxis secundaria para toxoplasmosis, profilaxis/tratamiento de la cistoisosporiasis: 6mo
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DAURISMO
Nombres de medicamentos	DAURISMO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento de postinducción/consolidación tras la respuesta a un tratamiento previo con el mismo régimen para leucemia mieloide aguda (AML), AML recurrente/refractaria como componente de la repetición del régimen de inducción inicial exitoso
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el medicamento solicitado debe utilizarse en combinación con citarabina, 2) el paciente tiene 75 años o más O presenta comorbilidades que impiden la quimioterapia intensiva Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento para el tratamiento de inducción, el tratamiento de postinducción/consolidación o la enfermedad recurrente o refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DEFERASIROX
Nombres de medicamentos	DEFERASIROX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
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 de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DEMSER
Nombres de medicamentos	METYROSINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o presenta una contraindicación a un antagonista adrenérgico alfa.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DEXMETHYLPHENIDATE
Nombres de medicamentos	DEXMETHYLPHENIDATE HCL, DEXMETHYLPHENIDATE HYDROC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Agotamiento relacionado con el cáncer
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o trastorno de déficit de atención (ADD), O 2) se receta el medicamento solicitado para el tratamiento del agotamiento relacionado con el cáncer después de haber descartado otras causas del agotamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DHE NASAL
Nombres de medicamentos	DIHYDROERGOTAMINE MESYLAT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se utilice junto con inhibidores potentes del CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a, por lo menos, un triptano agonista de receptores de 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DIACOMIT
Nombres de medicamentos	DIACOMIT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	6 meses de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DIAZEPAM
Nombres de medicamentos	DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica.) Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) el medicamento solicitado se está utilizando en combinación con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) hasta que el ISRS/IRSN se vuelva efectivo para los síntomas de ansiedad, O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), b) inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo para la ansiedad, 1 mes; espasmo de los músculos esqueléticos, 3 meses; trastornos de la ansiedad, 4 meses; otros diagnósticos, año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante. Se aplica a más de 5 días acumulativos de terapia al año.

Grupo de autorización previa	DOPTELET
Nombres de medicamentos	DOPTELET
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para trombocitopenia en pacientes con la enfermedad hepática crónica: El recuento de plaquetas sin transfusión antes de un procedimiento programado es menos que 50,000/mcl. Para la trombocitopenia inmunitaria crónica (ITP) (nuevos casos): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo como corticosteroides o inmunoglobulinas Y 2) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio de la medicación solicitada es inferior a 30,000/mcL O de 30,000 a 50,000/mcL con hemorragia sintomática o factor(es) de riesgo de hemorragia (p. ej., someterse a un procedimiento médico u odontológico en el que se prevea pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predisponga al paciente a sufrir traumatismos). Para la ITP (continuación): respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) El recuento actual de plaquetas es inferior o igual a 200,000/mcL O 2) el recuento actual de plaquetas es superior a 200,000/mcL e inferior o igual a 400,000/mcL y la dosificación se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Enfermedad hepática crónica: 1 mes, ITP inicial: 6 meses, continuación de la ITP: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DRIZALMA
Nombres de medicamentos	DRIZALMA SPRINKLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Dolor por cáncer, dolor neuropático inducido por quimioterapia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetine O 2) el paciente no puede tomar cápsulas de duloxetine por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar cápsulas, requiere administración nasogástrica).
Restricciones de edad	Trastorno de ansiedad generalizada: 7 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DUPIXENT
Nombres de medicamentos	DUPIXENT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica (AD), terapia inicial: 1) El paciente tiene una enfermedad de moderada a grave, Y 2) el paciente ha tenido una respuesta terapéutica inadecuada a un corticosteroide tópico o a un inhibidor tópico de la calcineurina, O los corticosteroides tópicos y los inhibidores tópicos de la calcineurina no son recomendables para el paciente. Para AD, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el asma dependiente de corticosteroides orales, terapia inicial: El paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: 1) Corticosteroide inhalado de dosis alta Y 2) controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada [LABA], antagonista muscarínico de acción prolongada [LAMA], modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que el paciente presente una intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma moderada a grave, terapia inicial: El paciente tiene un recuento basal de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro y su asma sigue estando inadecuadamente controlada a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: 1) Corticosteroide inhalado de dosis media a alta Y 2) controlador adicional (es decir, LABA [agonista beta2 de acción prolongada], LAMA [antagonista muscarínico de acción prolongada], modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que el paciente presente una intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma, continuación del tratamiento: el control del asma mejoró con el tratamiento con el medicamento solicitado, demostrado por una reducción de la frecuencia o gravedad de los síntomas y exacerbaciones, o una reducción de la dosis de mantenimiento diaria de corticosteroide por vía oral. Para la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (CRSwNP): 1) El medicamento solicitado se utiliza como el tratamiento complementario de mantenimiento, Y 2) a partir de los 18 años, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con Xhance (fluticasone).
Restricciones de edad	Dermatitis atópica: 6 meses de edad en adelante. Asma: 6 años de edad en adelante, rinosinusitis crónica con poliposis nasal: 12 años de edad en adelante, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y prurigo nodular: 18 años de edad en adelante, esofagitis eosinofílica: 1 año de edad en adelante, CSU: 12 años en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	AD, inicial: 4 meses, PN, inicial: 6 meses, CSU, inicial: 6 meses. Todas las demás: Año del plan

Otros criterios	Para la esofagitis eosinofílica (EoE), tratamiento inicial: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante biopsia esofágica caracterizada por más de o igual a 15 eosinófilos esofágicos intraepiteliales por campo de alta potencia, Y 2) el paciente exhibe manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, disfagia), Y 3) el paciente pesa al menos 15 kilogramos Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación a un corticosteroide tópico. Para EoE, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el prurigo nodular (PN), tratamiento inicial: El paciente ha tenido una respuesta terapéutica inadecuada a un corticosteroide tópico O los corticosteroides tópicos no son recomendables para el paciente. Para PN, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), tratamiento inicial: 1) El paciente cumple alguno de los siguientes criterios: a) actualmente recibe terapia triple inhalada estándar (es decir, glucocorticoide inhalado, LAMA [antagonista muscarínico de acción prolongada] y LABA [agonista beta2 de acción prolongada]) o b) actualmente recibe un LAMA y un LABA, y tiene una contraindicación al glucocorticoide inhalado, Y 2) el paciente tiene una cifra absoluta de eosinófilos en sangre de al menos 300 células por microlitro antes de iniciar la terapia. Para COPD, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la urticaria crónica espontánea (CSU), tratamiento inicial: 1) El paciente ha sido evaluado por otras causas de urticaria, incluidos angioedema relacionado con bradicinina y síndromes urticariales asociados a interleucina-1 (IL-1) (p. ej., trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial), 2) el paciente ha experimentado una aparición espontánea de habones, angioedema, o ambos, durante al menos 6 semanas Y 3) el paciente permanece sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1. Para CSU, continuación del tratamiento: El paciente experimentó un beneficio (p. ej., mejora de síntomas) desde el inicio de la terapia.
Grupo de autorización previa	ELIGARD
Nombres de medicamentos	ELIGARD
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tumores recurrentes de glándulas salivales con receptores androgénicos positivos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EMGALITY
Nombres de medicamentos	EMGALITY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción de los días de migraña al mes en relación con el valor inicial de referencia. Para la cefalea en racimos episódica, inicial: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un triptano agonista del receptor 5-HT1. Para la cefalea en racimos episódica, continuación: el paciente recibió el medicamento solicitado durante al menos 3 semanas de tratamiento y tuvo una reducción en la frecuencia de los ataques de cefalea en racimos semanal con respecto al valor inicial.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EMSAM
Nombres de medicamentos	EMSAM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de serotonina (SSRI), mirtazapina, bupropión, O 2) el paciente no puede tragar formulaciones orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ENDARI
Nombres de medicamentos	L-GLUTAMINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	5 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EPCLUSA
Nombres de medicamentos	EPCLUSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por presencia de ARN del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento vigentes de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) y la Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Se aplicarán los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EPIDIOLEX
Nombres de medicamentos	EPIDIOLEX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EPRONTIA
Nombres de medicamentos	EPRONTIA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom (a partir de los 4 años), Xcopri (a partir de los 18 años), Spritam (a partir de los 4 años). Para el tratamiento con monoterapia de convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de topiramato de liberación inmediata O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas). Para el tratamiento complementario de convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico Y 2) En caso de que el paciente tenga 6 años o más, el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene contraindicaciones al Spritam. Para el tratamiento preventivo de las migrañas: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de topiramato de liberación inmediata O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas).
Restricciones de edad	Epilepsia: 2 años de edad en adelante. Migraña: 12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERGOTAMINE
Nombres de medicamentos	ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se utilice junto con inhibidores potentes del CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a, por lo menos, UN triptano agonista de receptores de 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERIVEDGE
Nombres de medicamentos	ERIVEDGE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Meduloblastoma en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para meduloblastoma en adultos: el paciente recibió un tratamiento sistémico anterior Y tiene tumor(es) con mutaciones en la vía de señalización de Hedgehog.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERLEADA
Nombres de medicamentos	ERLEADA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERLOTINIB
Nombres de medicamentos	ERLOTINIB HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, cordoma recurrente, carcinoma de células renales (RCC) recurrente o en estadio IV, metástasis cerebrales de cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), cáncer de páncreas recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) (incluidas las metástasis cerebrales de NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el paciente tiene enfermedad sensibilizante con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR). Para cáncer de páncreas: la enfermedad está localmente avanzada, es metastásica, recurrente o inoperable.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ESBRIET
Nombres de medicamentos	PIRFENIDONE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo nuevos casos): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (UIP) O 2) el estudio HRCT del tórax revela un resultado que no sea patrón de UIP (p. ej., probable UIP, UIP indeterminada), y el diagnóstico es compatible ya sea con biopsia pulmonar o mediante una consulta multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se ha realizado una biopsia pulmonar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ETANERCEPT
Nombres de medicamentos	ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Hidradenitis supurativa, espondiloartritis axial no radiográfica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológica previa o un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con NSAID. Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos casos): 1) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado, c) sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10 % de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas). Para hidradenitis supurativa (solo nuevos casos): el paciente tiene enfermedad refractaria grave.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EVEROLIMUS
Nombres de medicamentos	EVEROLIMUS, TORPENZ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas tímicos, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico previamente tratados, sarcoma de partes blandas (tumores de células epitelioides perivasculares [PEComa] y subtipos de linfangioleiomiomatosis), tumores del estroma gastrointestinal, tumores neuroendocrinos del timo, tumores neuroendocrinos bien diferenciados de grado 3, carcinoma de tiroides (papilar, oncocítico y folicular), carcinoma de endometrio, sarcoma uterino, cáncer de mama (en combinación con fulvestrant o tamoxifeno), neoplasias histiocíticas (enfermedad de Rosai-Dorfman, enfermedad de Erdheim-Chester, histiocitosis de células de Langerhans), meningiomas.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de mama: 1) La enfermedad es recurrente no operable, avanzada o metastásica con receptor de hormona (HR) positivo, sin receptor de factor de crecimiento dérmico humano 2 (HER2), Y 2) el medicamento solicitado se receta en combinación con exemestane, fulvestrant o tamoxifen, Y 3) el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento posterior. Para carcinoma de célula renal: La enfermedad es recidivante o avanzada, o está en estadio IV. Para astrocitoma subependimario de célula gigante (SEGA): El medicamento solicitado se proporciona como tratamiento adyuvante. Para tumores de estroma gastrointestinal: 1) la enfermedad es residual, recurrente, irresecable o metastásica/ruptura tumoral Y 2) la enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para la enfermedad de Erdheim-Chester (ECD), la enfermedad de Rosai-Dorfman y la histiocitosis de células de Langerhans (LCH): el paciente debe presentar una mutación de la subunidad catalítica alfa de la fosfatidilinositol-4,5-bisfosfato 3-cinasa (PIK3CA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FABRAZYME
Nombres de medicamentos	FABRAZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Fabry, el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) El diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas, O 2) el paciente es un portador obligado sintomático.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FANAPT
Nombres de medicamentos	FANAPT, FANAPT TITRATION PACK A
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene contraindicaciones a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento de los episodios maníacos o mixtos asociados al trastorno bipolar I: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone o ziprasidone, Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes medicamentos de marca: Lybalvi, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FASENRA
Nombres de medicamentos	FASENRA, FASENRA PEN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el asma grave, terapia inicial: 1) O bien: a) el paciente tiene un recuento basal de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro O b) el paciente depende de corticosteroides sistémicos; Y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos: a) corticosteroide inhalado de dosis media a alta Y b) controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente presente intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. En caso de asma grave, continuación del tratamiento: el control del asma mejoró con el tratamiento con el medicamento solicitado, demostrado por una reducción de la frecuencia o gravedad de los síntomas y exacerbaciones, o una reducción de la dosis de mantenimiento diaria de corticosteroide por vía oral. Para la granulomatosis eosinofílica con poliangitis (EGPA), terapia inicial: el paciente tiene antecedentes o presencia de una cifra de eosinófilos mayor a 1000 células por microlitro o niveles de eosinófilos en sangre superiores al 10 %. Para la EGPA, continuación del tratamiento: el paciente tiene respuesta beneficiosa al tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra alguno de los siguientes criterios: 1) una reducción de la frecuencia de recidivas, 2) una reducción de la dosis diaria de corticosteroides orales, O 3) vasculitis inactiva.
Restricciones de edad	Asma: 6 años de edad en adelante. EGPA: 18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FENTANYL PATCH
Nombres de medicamentos	FENTANYL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se prescribe para el dolor asociado al cáncer, la anemia falciforme, una enfermedad terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos O el paciente cumple todos los requisitos siguientes: 1) el medicamento solicitado se receta para un dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un periodo de tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) el paciente puede tomar con seguridad la dosis solicitada basándose en su historial de consumo de opioides [Nota: Este medicamento solo lo puede recetar un profesional de atención médica especializado en el uso de opioides potentes para el control de dolor crónico]. Y 3) el paciente ha sido evaluado y será monitoreado por el desarrollo del trastorno por uso de opioides; Y 4) la solicitud es para continuar la terapia para un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha recibido un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FETZIMA
Nombres de medicamentos	FETZIMA, FETZIMA TITRATION PACK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente experimentó respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a DOS de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FINTEPLA
Nombres de medicamentos	FINTEPLA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FIRMAGON
Nombres de medicamentos	FIRMAGON
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FLUCYTOSINE
Nombres de medicamentos	FLUCYTOSINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 semanas
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FOTIVDA
Nombres de medicamentos	FOTIVDA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma de célula renal: 1) la enfermedad es avanzada, recurrente, refractaria o en estadio IV Y 2) el paciente ha recibido dos o más tratamientos sistémicos anteriores.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FRUZAQLA
Nombres de medicamentos	FRUZAQLA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FULPHILA
Nombres de medicamentos	FULPHILA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de neutropenia febril inducida por la quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o un cáncer no mieloide Y 2) el paciente está recibiendo actualmente o va a recibir tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FYCOMPA
Nombres de medicamentos	FYCOMPA, PERAMPANEL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico, Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom, Xcopri, Spritam. Para el tratamiento complementario de convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico, Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones al Spritam.
Restricciones de edad	Convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 4 años de edad en adelante. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GATTEX
Nombres de medicamentos	GATTEX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para terapia inicial por síndrome de intestino corto (SBS): 1) para un paciente adulto, el paciente ha sido dependiente de soporte parenteral durante al menos 12 meses O 2) para un paciente pediátrico, el paciente es dependiente de soporte parenteral. Para la continuación del SBS: el requerimiento de soporte parenteral ha disminuido desde el inicio mientras estaba en terapia con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un gastroenterólogo, cirujano gastroenterólogo o médico de apoyo nutricional.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GAVRETO
Nombres de medicamentos	GAVRETO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas positivo con reordenamiento recurrente durante la transfección (RET), carcinoma medular con mutación positiva de RET.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todos los siguientes criterios: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el tumor es positivo para la fusión (RET) o positivo para el reordenamiento RET.
Restricciones de edad	Cáncer pulmonar de células no pequeñas: 18 años de edad en adelante, cáncer de tiroides: 12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GILENYA
Nombres de medicamentos	FINGOLIMOD HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GILOTRIF
Nombres de medicamentos	GILOTRIF
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): el paciente debe cumplir cualquiera de los siguientes criterios: 1) tiene una enfermedad con mutación positiva sensibilizante del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) Y ha experimentado un acontecimiento adverso intolerable o una contraindicación para erlotinib, gefitinib u osimertinib, O 2) tiene un NSCLC escamoso metastásico que progresó después de la quimioterapia basada en platino.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GLATIRAMER
Nombres de medicamentos	COPAXONE, GLATIRAMER ACETATE, GLATOPA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GOMEKLI
Nombres de medicamentos	GOMEKLI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HORMONA DE CRECIMIENTO
Nombres de medicamentos	GENOTROPIN, GENOTROPIN MINIQUICK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerrada
Información médica requerida	Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) en niños: El paciente (pt) es un neonato o fue diagnosticado de GHD cuando era neonato O cumple alguno de los siguientes criterios: 1) menos de 2.5 años con estatura previa al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media y velocidad de crecimiento lenta O 2) más de 2.5 años Y uno de los siguientes: a) velocidad de estatura 1 año previa al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media O b) estatura previa al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media y velocidad de crecimiento en 1 año más de 1 desviación estándar por debajo de la media, Y el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: 1) dos pruebas de estimulación de hormonas del crecimiento (GH) con resultados insatisfactorios (pico por debajo de 10 ng/ml) en pretratamiento, O 2) trastorno del sistema nervioso central (CNS)/hipofisario (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales congénitas o adquiridas) y factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) previo al tratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media. Síndrome de Turner (TS): 1) Confirmado por cariotipado Y 2) la estatura previa al tratamiento es inferior al 5.° percentil para la edad. Pequeño para la edad gestacional (SGA): 1) peso al nacer inferior a 2500 g con una edad gestacional (GA) de más de 37 semanas, O peso o longitud al nacer por debajo del 3.º percentil para la GA o, al menos, 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la GA Y 2) no manifestó un crecimiento acorde para los 2 años de edad.
Restricciones de edad	SGA: A partir de los 2 años
Restricciones de la persona que receta	Recetados por un endocrinólogo, un nefrólogo, un especialista en enfermedades infecciosas, un gastroenterólogo/especialista en apoyo nutricional o un genetista, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	GHD en adultos: El paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) dos pruebas de estimulación de GH pretratamiento fallidas, O 2) IGF-1 pretratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media Y 1 prueba de estimulación de GH pretratamiento fallida, O 3) enfermedad orgánica del hipotálamo y la hipófisis (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más deficiencias de la hormona pituitaria E IGF-1 pretratamiento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media, O 4) defectos genéticos o estructurales del hipotálamo y la hipófisis O 5) GHD de inicio en la infancia con anomalía congénita (genética o estructural) del hipotálamo/hipófisis/SNC. Para GHD pediátrico, TS, SGA y GHD adulto, continuación del tratamiento: El paciente está experimentando una mejoría.

Grupo de autorización previa	HAEGARDA
Nombres de medicamentos	HAEGARDA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de los ataques de angioedema debidos al angioedema hereditario (HAE): 1) El paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio, O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo para una mutación de los genes F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), O b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue refractario a un ensayo de tratamiento con dosis altas de antihistamínicos durante al menos un mes.
Restricciones de edad	6 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un inmunólogo, alergista o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HARVONI
Nombres de medicamentos	HARVONI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por presencia de ARN del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento vigentes de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) y la Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Se aplican los criterios 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
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), del cáncer de mama HER2-positivo recurrente o avanzado no operable, de las metástasis leptomeníngeas del cáncer de mama HER2-positivo, de las metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2-positivo, del adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica HER2-positivo, del carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2-positivo, cáncer colorrectal HER2-amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2-positivo, carcinoma hepatobiliar HER2-positivo no operable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente HER2 positivo con sobreexpresión, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad es HER2-amplificada y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama recurrente o avanzado no operable con HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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	HERZUMA
Nombres de medicamentos	HERZUMA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), del cáncer de mama HER2-positivo recurrente o avanzado no operable, de las metástasis leptomeníngeas del cáncer de mama HER2-positivo, de las metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2-positivo, del adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica HER2-positivo, del carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2-positivo, cáncer colorrectal HER2-amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2-positivo, carcinoma hepatobiliar HER2-positivo no operable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente HER2 positivo con sobreexpresión, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad es HER2-amplificada y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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	TASIMELTEON
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para síndrome de sueño-vigilia no 24 horas: 1) Para terapia inicial y continuación de terapia, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios: a) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (p. ej., retinas no funcionales) y b) incapacidad de percibir la luz en cualquiera de los ojos, Y 2) si está actualmente en terapia con el medicamento solicitado, el paciente debe cumplir, al menos, uno de estos requisitos: a) aumento del sueño total nocturno o b) disminución de la duración de la siesta diurna. Para alteraciones nocturnas del sueño en el síndrome de Smith-Magenis (SMS): 1) para el tratamiento inicial y el tratamiento de continuación, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS Y 2) si actualmente está en tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente experimentó una mejora en la calidad del sueño desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	Trastorno por ciclo de sueño y vigilia diferente de 24 horas: 18 años de edad en adelante. SMS: 16 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Recetado o en consulta con un especialista en trastornos del sueño, un neurólogo o un psiquiatra
Duración de la cobertura	Iniciación: 6 meses, renovación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HRM-ANTICONVULSANTS
Nombres de medicamentos	PHENOBARBITAL, PHENOBARBITAL SODIUM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Epilepsia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
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. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).

Grupo de autorización previa	HRM-ANTIPARKINSON
Nombres de medicamentos	BENZTROPINE MESYLATE, TRIHEXYPHENIDYL HCL, TRIHEXYPHENIDYL HYDROCHLO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. Síntomas extrapiramidales (EPS): 1) El paciente no ha probado el medicamento alternativo de no alto riesgo (HRM), amantadine, Y 2) el paciente tiene una contraindicación al medicamento alternativo no HRM, amantadine; O 3) el paciente ha probado el medicamento alternativo amantadine no HRM Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo no HRM, amantadine. Parkinson: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no-HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole, o ropinirole Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes fármacos alternativos no-HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole, o ropinirole.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).

Grupo de autorización previa	HRM-CYPROHEPTADINE
Nombres de medicamentos	CYPROHEPTADINE HCL, CYPROHEPTADINE HYDROCHLOR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Prurito, espasticidad debido a una lesión en la médula espinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. Para rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia al año.

Grupo de autorización previa	HRM-DIPYRIDAMOLE
Nombres de medicamentos	DIPYRIDAMOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).

Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE ER
Nombres de medicamentos	GUANFACINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).

Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE IR
Nombres de medicamentos	GUANFACINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).

Grupo de autorización previa	HRM-HYDROXYZINE
Nombres de medicamentos	HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE, HYDROXYZINE PAMOATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada; O 3) el paciente no ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda. Para todas las indicaciones: 1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores está asociado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia al año.

Grupo de autorización previa	HRM-HYDROXYZINE INJ
Nombres de medicamentos	HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. Para el síndrome de abstinencia de alcohol: 1) El paciente no ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam; Y 2) el paciente tiene una contraindicación a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam; O 3) el paciente ha probado uno de los medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam Y 4) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam. Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada; O 3) el paciente no ha probado dos medicamentos alternativos de los siguientes: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica).

Grupo de autorización previa	HRM-HYPNOTICS
Nombres de medicamentos	ESZOPICLONE, ZALEPLON, ZOLPIDEM TARTRATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el insomnio: 1) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) el paciente tiene una contraindicación para el medicamento alternativo doxepin de no alto riesgo (no-HRM) (3 mg o 6 mg) O b) se ha probado el medicamento alternativo doxepin (3 mg o 6 mg) no-HRM Y el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo doxepin no-HRM (3 mg o 6 mg) Y 2) La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente Y 3) Si el paciente utiliza dos o más medicamentos activos adicionales para el sistema nervioso central (CNS) (por ejemplo, lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar varios medicamentos activos para el CNS es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de diversos medicamentos activos para el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores está asociado con un mayor riesgo de sufrir caídas].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). 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
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. Para rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos de no HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia al año.

Grupo de autorización previa	HRM-SCOPOLAMINE
Nombres de medicamentos	SCOPOLAMINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Exceso de salivación
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia al año.

Grupo de autorización previa	HRM-SKELETAL MUSCLE RELAXANTS
Nombres de medicamentos	CARISOPRODOL, CYCLOBENZAPRINE HYDROCHLO, METHOCARBAMOL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) con el medicamento solicitado, la persona que receta ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores está asociado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años de edad en adelante. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia al año.

Grupo de autorización previa	HUMIRA
Nombres de medicamentos	HUMIRA, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S, HUMIRA PEN-PS/UV STARTER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológica previa o un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con NSAID. Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos casos): 1) Al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuero cabelludo, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple algunos de los siguientes criterios: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB [radiación ultravioleta de longitud de onda corta] o PUVA [radiación ultravioleta de longitud de onda A]) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin; O b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado; O c) el paciente sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10 % de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para las panuveítis intermedias, posteriores y no infecciosas (solo nuevos casos): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticosteroide, O 2) El paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con corticosteroides.

Grupo de autorización previa	IBRANCE
Nombres de medicamentos	IBRANCE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Liposarcoma bien diferenciado/desdiferenciado, irresecable, del retroperitoneo, cáncer de mama recurrente con receptores hormonales positivos y negativo al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de mama: 1) La enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad con receptor de hormona (HR) positivo y receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un inhibidor de aromatasa o fulvestrant Y 4) el paciente ha experimentado un evento adverso intolerable a Kisqali (ribociclib) O Verzenio (abemaciclib) o tiene una contraindicación a Kisqali (ribociclib) Y Verzenio (abemaciclib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ICATIBANT
Nombres de medicamentos	ICATIBANT ACETATE, SAJAZIR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los ataques agudos de angioedema debidos al angioedema hereditario (HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio, O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo para una mutación de los genes F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), O b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue refractario a un ensayo de tratamiento con dosis altas de antihistamínicos durante al menos un mes.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un inmunólogo, alergista o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ICLUSIG
Nombres de medicamentos	ICLUSIG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de FGFR1 o ABL1 en fase crónica o blástica, tumores del estroma gastrointestinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el paciente tiene CML en fase acelerada o blástica y no está indicado ningún otro inhibidor de la cinasa, O 2) el paciente tiene CML en fase crónica y ha experimentado resistencia o intolerancia a al menos 2 inhibidores de la cinasa previos Y al menos uno de ellos era imatinib, dasatinib o nilotinib, O 3) el paciente es positivo para la mutación T315I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: Diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para los tumores del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad cumple alguna de las siguientes condiciones: A) residual, B) no resecable, C) recurrente, D) ruptura metastásica/tumoral; Y 2) la enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos terapias aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IDACIO
Nombres de medicamentos	ADALIMUMAB-AACF (2 PLUMAS), ADALIMUMAB-AACF (2 JERINGAS, ADALIMUMAB-AACF STARTER PACK, IDACIO (2 PLUMAS), IDACIO (2 JERINGAS), IDACIO STARTER PACK FO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológica previa o un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con NSAID. Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos casos): 1) Al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuero cabelludo, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple algunos de los siguientes criterios: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB [radiación ultravioleta de longitud de onda corta] o PUVA [radiación ultravioleta de longitud de onda A]) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin; O b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado; O c) el paciente sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10 % de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para las panuveítis intermedias, posteriores y no infecciosas (solo nuevos casos): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticosteroide, O 2) El paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con corticosteroides.

Grupo de autorización previa	IDHIFA
Nombres de medicamentos	IDHIFA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia mieloide aguda recientemente diagnosticada
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para leucemia mieloide aguda (AML) con una mutación de la isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2): 1) el paciente tiene una AML recién diagnosticada y no es candidato a un tratamiento de inducción intensiva, O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de postinducción tras la respuesta a al tratamiento de inducción con el fármaco solicitado O 3) el paciente tiene una AML en recaída o refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMATINIB
Nombres de medicamentos	IMATINIB MESYLATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tumores desmoides, sinovitis villonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes (PVNS/TGCT), cordoma recurrente, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi, enfermedad crónica de injerto contra huésped (cGVHD), leucemia linfoblástica aguda de células T con translocación de clase ABL, mastocitosis sistémica agresiva por mastocitosis sistémica bien diferenciada (WDSM) o cuando haya eosinofilia con gen de fusión FIP1L1-PDGFRA, neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1, FIP1L1-PDGFRA o PDGFRB en la fase crónica o blástica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML) o la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: Diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML: el paciente no tuvo resultados insatisfactorios en el tratamiento anterior (salvo fracaso por intolerancia) con inhibidores de la tirosina cinasa. Para melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se usará como terapia posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMBRUVICA
Nombres de medicamentos	IMBRUVICA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia de células pilosas, linfoma linfoplasmocitario, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), linfoma difuso de células B grandes, trastornos linfoproliferativos postrasplante, linfoma de células B de alto grado, linfoma de células del manto, linfoma del área marginal (incluido el linfoma extranodal del área marginal del estómago, el linfoma extranodal del área marginal de localizaciones no gástricas, el linfoma nodal del área marginal, el linfoma esplénico del área marginal)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de células del manto: 1) El medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Calquence (acalabrutinib), O 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con rituximab como pretratamiento a la terapia de inducción con el régimen RHyperCVAD (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina y dexametasona), O 3) el medicamento solicitado se utilizará como terapia agresiva de inducción. Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma de la zona marginal extraganglionar del estómago, el linfoma de la zona marginal extraganglionar de sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma de la zona marginal esplénico): el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se usará como agente único para el avance de la enfermedad. Para el linfoma primario del CNS: 1) La enfermedad es recidivante o refractaria al tratamiento O 2) el medicamento solicitado se utiliza como agente único para la terapia de inducción. Para el linfoma difuso de células B, linfoma de células B de alto grado, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): el medicamento solicitado se utilizará como agente único y como terapia de segunda línea o posterior para la enfermedad recidivante o refractaria. Para trastornos linfoproliferativos posteriores a un trasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido una quimioterapia previa. Para la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico de células pequeñas: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Calquence (acalabrutinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMCIVREE_M
Nombres de medicamentos	IMCIVREE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-

Otros criterios	Indicador de indicaciones de PA: Todas las indicaciones aprobadas por la FDA Usos fuera de lo indicado: Ninguno Criterios de exclusión: Ninguno Información médica requerida: Obesidad por deficiencia de POMC, PCSK1 o LEPR, adulto, inicial: 1) el diagnóstico se confirma mediante pruebas genéticas que demuestran variantes homocigotas o heterocigotas compuestas en los genes POMC, PCSK1 o LEPR Y 2) las variantes de los genes POMC, PCSK1 o LEPR se interpretan como patógenas, probablemente patógenas o de significado incierto (VUS) Y 3) el paciente tiene un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 kg/m2. Obesidad por deficiencia de POMC, PCSK1 o LEPR, paciente pediátrico de 6 años de edad en adelante, inicial: 1) el diagnóstico se confirma mediante pruebas genéticas que demuestran variantes homocigotas o heterocigotas compuestas en los genes POMC, PCSK1 o LEPR Y 2) las variantes de los genes POMC, PCSK1 o LEPR se interpretan como patógenas, probablemente patógenas o de significado incierto (VUS) Y 3) el paciente tiene un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual al percentil 95 para la edad en la evaluación de la tabla de crecimiento. Obesidad por deficiencia de POMC, PCSK1 o LEPR, continuación: el paciente cumple cualquiera de los criterios siguientes: 1) el paciente ha recibido menos de 12 meses de tratamiento y se cumple una de las condiciones siguientes: a) el paciente ha perdido al menos un 5 % del peso corporal inicial o b) el paciente tiene un potencial de crecimiento continuo y ha tenido una reducción en el IMC de al menos un 5 % desde el inicio O 2) el paciente ha recibido 12 meses de tratamiento o más y ha logrado o mantenido una pérdida de peso clínicamente significativa. Restricciones de edad: Ninguno Restricciones de la persona que receta: Ninguno Duración de la cobertura: Obesidad por deficiencia de POMC, PCSK1 o LEPR, inicial: 6 meses. Todas las demás indicaciones: Año del plan Otros criterios: Obesidad por síndrome de Bardet-Biedl (BBS), adulto, inicial: 1) el paciente tiene un diagnóstico clínico de BBS según los criterios de Beales Y 2) el paciente tiene un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual que 30 kg/m2. Obesidad por síndrome de Bardet-Biedl (BBS), paciente pediátrico de 6 años de edad en adelante, inicial: 1) el paciente tiene un diagnóstico clínico de BBS según los criterios de Beales Y 2) el paciente tiene un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual al percentil 95 para la edad en la evaluación de la tabla de crecimiento. Obesidad por síndrome de Bardet-Biedl (BBS), adulto, continuación: 1) el paciente ha recibido menos de 12 meses de tratamiento O 2) el paciente ha recibido 12 meses de tratamiento o más y ha perdido al menos el 5 % del peso corporal inicial. Obesidad por síndrome de Bardet-Biedl (BBS), paciente pediátrico, continuación: 1) el paciente ha recibido menos de 12 meses de tratamiento O 2) el paciente ha recibido 12 meses de tratamiento o más y ha perdido al menos el 5 % del peso corporal inicial O 3) el paciente ha recibido 12 meses de tratamiento o más y ha tenido una reducción en el índice de masa corporal (IMC) de al menos un 5 % desde el inicio.

Grupo de autorización previa	IMKELDI
Nombres de medicamentos	IMKELDI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cordoma recurrente, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: El paciente no puede tomar comprimidos de imatinib. Para la leucemia mieloide crónica (CML) o la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: Diagnóstico confirmado por detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para CML: el paciente no tuvo resultados insatisfactorios en el tratamiento anterior (salvo fracaso por intolerancia) con inhibidores de la tirosina cinasa. Para melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se usará como terapia posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMPAVIDO
Nombres de medicamentos	IMPAVIDO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Embarazo. Síndrome de Sjogren-Larsson.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	28 días
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INBRIJA
Nombres de medicamentos	INBRIJA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento inicial de episodios recidivantes en la enfermedad de Parkinson: 1) el paciente está siendo tratado actualmente con carbidopa/levodopa oral Y 2) el paciente no padece ninguna de las siguientes enfermedades: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) u otra enfermedad pulmonar crónica subyacente. Para el tratamiento de continuación de episodios recidivantes en la enfermedad de Parkinson: El paciente experimenta mejorías con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INCRELEX
Nombres de medicamentos	INCRELEX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerrada
Información médica requerida	Para falla de crecimiento por deficiencia grave del factor de crecimiento insulínico 1 (IGF-1) primario o deleción del gen de la hormona de crecimiento (GH) en pacientes que desarrollaron anticuerpos neutralizantes de la hormona de crecimiento, se deben cumplir todos los siguientes requisitos antes de comenzar la terapia con el medicamento solicitado (solo nuevos casos): 1) Estatura de 3 desviaciones estándar o más por debajo de la media para niños de la misma edad y género Y 2) nivel inicial de IGF-1 de 3 desviaciones estándar o más por debajo de la media para niños de la misma edad y género Y 3) la prueba de la hormona del crecimiento sugestiva muestra un nivel de hormonas del crecimiento normal o elevado. Para la falla de crecimiento debido a la deficiencia primaria grave de IGF-1 o deleción del gen de la GH en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la GH, continuación del tratamiento: el paciente experimenta mejorías.
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INLYTA
Nombres de medicamentos	INLYTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma de tiroides (papilar, oncocítico o folicular), sarcoma alveolar de partes blandas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: la enfermedad está avanzada, recurrente o en estadio IV.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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

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

Grupo de autorización previa	SUMINISTROS DE INSULINA
Nombres de medicamentos	-
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El producto solicitado se está utilizando con insulina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IR BEFORE ER
Nombres de medicamentos	HYDROCODONE BITARTRATE ER, METHADONE HCL, METHADONE HYDROCHLORIDE I, MORPHINE SULFATE ER, OXYCONTIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se prescribe para el dolor asociado al cáncer, la anemia falciforme, una enfermedad terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos O el paciente cumple todos los requisitos siguientes: 1) el medicamento solicitado se receta para un dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un periodo de tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) el paciente puede tomar con seguridad la dosis solicitada basándose en su historial de consumo de opioides [Nota: Este medicamento solo lo puede recetar un profesional de atención médica especializado en el uso de opioides potentes para el control de dolor crónico]. Y 3) el paciente ha sido evaluado y será monitoreado por el desarrollo del trastorno por uso de opioides; Y 4) la solicitud es para continuar la terapia para un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha recibido un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IRESSA
Nombres de medicamentos	GEFITINIB
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el paciente debe tener una mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ISOTRETINOIN
Nombres de medicamentos	ACCUTANE, AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOIN, ZENATANE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Acné vulgar refractario, rosácea refractaria grave, neuroblastoma, linfoma cutáneo de células T (CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sézary), alto riesgo de desarrollar cáncer de piel (cánceres de células escamosas), dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover), queratosis folicular (enfermedad de Darier), ictiosis lamelar, pitiriasis rubra pilaris.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ITOVEBI
Nombres de medicamentos	ITOVEBI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ITRACONAZOLE
Nombres de medicamentos	ITRACONAZOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Coccidioidomicosis, profilaxis de la coccidioidomicosis en la infección por HIV, criptococosis, microsporidiosis, talaromicosis (antes peniciliosis), profilaxis de la histoplasmosis en la infección por HIV, profilaxis de la infección fúngica invasiva en el trasplante de hígado, la enfermedad granulomatosa crónica (CGD) y la neoplasia hematológica, esporotricosis, pitiriasis versicolor, tiña versicolor, tiña corporis, tiña cruris, tiña capitis, tiña manuum, tiña pedis, tratamiento primario de la aspergilosis broncopulmonar alérgica, tratamiento primario de la aspergilosis pulmonar crónica cavitaria o subaguda invasiva (necrotizante).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se administrará por vía oral. Si es para el tratamiento de la onicomicosis por dermatófitos (Tinea unguium), el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba diagnóstica fúngica (p. ej., preparación de hidróxido de potasio [KOH], cultivo fúngico o biopsia de uñas). Para el tratamiento primario de la aspergilosis broncopulmonar alérgica, el medicamento solicitado se inicia en combinación con corticosteroides sistémicos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Histo diseminado/CNS, histo/CM/CGD ppx, PA crónica cavitaria/necrotizante: 12 meses. Otras: 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IVERMECTIN TAB
Nombres de medicamentos	IVERMECTIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Ascariasis, Larva migratoria cutánea, Mansoneliasis, Sarna, Gnatostomiasis, Pediculosis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado no se receta para la prevención o el tratamiento de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IVIG
Nombres de medicamentos	ALYGLO, BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LIQUID, GAMMAGARD S/D IGA LESS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Leucemia linfocítica crónica (CLL) de células B: 1) IgG sérica inferior a 500 mg/dl, O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para trasplante de médula ósea/trasplante de células madre hematopoyéticas (BMT/HSCT): 1) Se solicita IVIG dentro de los primeros 100 días después del trasplante O 2) IgG sérica inferior a 400 mg/dl. Para infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) en niños: 1) IgG sérica inferior a 400 mg/dl, O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para dermatomiositis y polimiositis: 1) Se ha probado, al menos, un tratamiento de primera línea estándar (corticosteroides o inmunosupresores) sin resultados satisfactorios, o que no fue tolerado O 2) el paciente no puede recibir la terapia estándar debido a una contraindicación u otro motivo clínico. Para aplasia pura de glóbulos rojos (PRCA): PRCA por infección de parvovirus B19.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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	IWILFIN
Nombres de medicamentos	IWILFIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	JAKAFI
Nombres de medicamentos	JAKAFI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Mielofibrosis de bajo riesgo, neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica, leucemia linfoblástica aguda (ALL), leucemia mielomonocítica crónica (CMML)-2, síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia, trombocitemia esencial, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento JAK2, leucemia prolinfocítica de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la policitemia vera: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a la hidroxiurea y Besremi (ropeginterferon alfa-2b-njft) O 2) el paciente tiene enfermedad de alto riesgo. Para la leucemia linfocítica aguda: el paciente presenta una mutación del factor 2 similar al receptor de citocinas (CRLF2) o una mutación asociada con la vía de activación de la cinasa Janus/los transductores de señal y activadores de transcripción (JAK/STAT). Para la CMML-2: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un agente hipometilante. Para el síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia: el medicamento solicitado se utiliza como agente único o en combinación con un agente hipometilante. Para la trombocitemia esencial: el paciente presentó una respuesta inadecuada o la pérdida de respuesta a la terapia con interferon, hydroxyurea o anagrelide. Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento del JAK2: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	JAYPIRCA
Nombres de medicamentos	JAYPIRCA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (CLL/SLL): El paciente debe cumplir con los dos siguientes criterios: 1) el paciente ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de la tirosina cinasa de Bruton (BTK), por ejemplo, Calquence (acalabrutinib) Y 2) el paciente ha recibido tratamiento previo con un inhibidor del linfoma de células B 2 (BCL-2). Para el linfoma de células del manto: el paciente recibió tratamiento previo para un inhibidor de BTK, por ejemplo, Calquence (acalabrutinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KALYDECO
Nombres de medicamentos	KALYDECO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para fibrosis quística (CF): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KANJINTI
Nombres de medicamentos	KANJINTI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), del cáncer de mama HER2-positivo recurrente o avanzado no operable, de las metástasis leptomeníngeas del cáncer de mama HER2-positivo, de las metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2-positivo, del adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica HER2-positivo, del carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2-positivo, cáncer colorrectal HER2-amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2-positivo, carcinoma hepatobiliar HER2-positivo no operable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente HER2 positivo con sobreexpresión, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad es HER2-amplificada y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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	KESIMPTA
Nombres de medicamentos	KESIMPTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KETOCONAZOLE
Nombres de medicamentos	KETOCONAZOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Síndrome de Cushing
Criterios de exclusión	Enfermedad hepática aguda o crónica. Uso concomitante con medicamentos contraindicados con comprimidos de ketoconazole: dofetilide, quinidine, pimozide, cisapride, methadone, disopyramide, dronedarone, ranolazine, ergot alkaloids, irinotecan, lurasidone, midazolam oral, alprazolam, triazolam, felodipine, nisoldipine, tolvaptan, eplerenone, lovastatin, simvastatin o colchicine.
Información médica requerida	Los posibles beneficios superan los riesgos del tratamiento con ketoconazole por vía oral. Para infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene cualquiera de los siguientes diagnósticos: blastomicosis, coccidioidomicosis, histoplasmosis, cromomicosis o paracoccidioidomicosis. Para el síndrome de Cushing: el medicamento solicitado se receta para un paciente que no puede tolerar la cirugía o cuando la cirugía no ha sido curativa.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KEYTRUDA
Nombres de medicamentos	KEYTRUDA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
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
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente con receptores hormonales positivos y negativo al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), combinado con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozole, para tumores con receptores de estrógeno positivos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KORLYM
Nombres de medicamentos	MIFEPRISTONE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KOSELUGO
Nombres de medicamentos	KOSELUGO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Glioma circunscrito recurrente o progresivo con fusión BRAF o mutación activadora BRAF V600E positiva, histiocitosis de células de Langerhans.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Para neurofibromatosis tipo 1: A partir de los 2 años
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KRAZATI
Nombres de medicamentos	KRAZATI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) positivo para KRAS G12C recurrente, metástasis cerebral del sistema nervioso central (CNS) de NSCLC positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma pancreático positivo para KRAS G12C
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LAPATINIB
Nombres de medicamentos	LAPATINIB DITOSYLATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Metástasis cerebral por cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama recurrente con HER2, cordoma con receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) recurrente, cáncer colorrectal amplificado para HER2 y de tipo salvaje para RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama, el paciente cumple todos los siguientes criterios: a) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica (incluidas las metástasis cerebrales), b) la enfermedad es positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), c) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con cualquiera de los siguientes: 1) inhibidor de aromatasa, 2) capecitabine O 3) trastuzumab. Para cáncer colorrectal: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab y 2) la paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LAZCLUZE
Nombres de medicamentos	LAZCLUZE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma medular de tiroides, carcinoma endometrial recurrente, carcinoma tímico, melanoma cutáneo irresecable o metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de tiroides diferenciado (folicular, papilar u oncocítico): enfermedad no susceptible de tratamiento con yodo radiactivo e irresecable, localmente recurrente, persistente o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular (HCC): la enfermedad es irresecable o inoperable, local, metastásica o con carga tumoral hepática extensa. Para el carcinoma de células renales (RCC): la enfermedad es avanzada, recurrente o en estadio IV. Para el carcinoma endometrial (EC), la paciente cumple TODOS los requisitos siguientes: 1) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con pembrolizumab, 3) el paciente experimentó progresión de la enfermedad tras un tratamiento sistémico previo.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LEUPROLIDE
Nombres de medicamentos	LEUPROLIDE ACETATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Uso en combinación con hormona de crecimiento para niños con retraso del crecimiento y pubertad avanzada, tumores recurrentes de glándulas salivales con receptores androgénicos positivos, pubertad precoz central
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que no reciben tratamiento actualmente deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal de una prueba de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica apoya el diagnóstico de CPP, 3) el inicio de los caracteres sexuales secundarios se produjo antes de los 8 años de edad en las pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad en los pacientes de sexo masculino.
Restricciones de edad	Pubertad precoz central (CPP) El paciente debe tener menos de 12 años en mujeres y menos de 13 años en varones.
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LIDOCAINE PATCHES
Nombres de medicamentos	LIDOCAINE, LIDOCAN, TRIDACAINE II
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Dolor asociado con neuropatía diabética, dolor asociado con neuropatía relacionada con cáncer (incluida la neuropatía relacionada con el tratamiento [p. ej., neuropatía asociada con radioterapia o quimioterapia]).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LIVTENCITY
Nombres de medicamentos	LIVTENCITY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas, un especialista en trasplantes, un hematólogo o un oncólogo, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LONSURF
Nombres de medicamentos	LONSURF
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de esófago irresecable, localmente avanzado, recurrente o metastásico. Cáncer gástrico localmente avanzado o recurrente, irresecable y cánceres de la unión gastroesofágica. Adenocarcinoma apendicular avanzado o metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): La enfermedad es avanzada o metastásica. Para el adenocarcinoma gástrico, esofágico o de la unión gastroesofágica, deben cumplirse TODOS los criterios siguientes: 1) la enfermedad es irresecable, localmente avanzada, recurrente o metastásica y 2) el paciente ha sido tratado previamente con al menos dos líneas de quimioterapia anteriores.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LORBRENA
Nombres de medicamentos	LORBRENA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, positivo para la cinasa del linfoma anaplásico (ALK), CPCNP recurrente, avanzado o metastásico positivo para el reordenamiento del protooncogén tirosina-proteína cinasa ROS1 (ROS1), enfermedad de Erdheim-Chester positiva para ALK sintomática o recurrente/refractaria, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) con translocación de ALK (incluido sarcoma uterino avanzado, recurrente/metastásico o irresecable para IMT con translocación de ALK), metástasis cerebrales en el sistema nervioso central (CNS) de NSCLC positivo para el reordenamiento de ALK, linfoma difuso de células B grandes positivo para ALK recurrente o refractario
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas recurrente, avanzado o metastásico: 1) la enfermedad es positiva para ALK Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib); O 3) la enfermedad es positiva para el reordenamiento ROS1 y el medicamento solicitado se está utilizando tras la progresión de la enfermedad con crizotinib, entrectinib o ceritinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUMAKRAS
Nombres de medicamentos	LUMAKRAS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente KRAS G12C-positivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUMIZYME
Nombres de medicamentos	LUMIZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Pompe: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa ácida (GAA) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUPRON PED
Nombres de medicamentos	LUPRON DEPOT-PED (1 MES, LUPRON DEPOT-PED (3 MESES, LUPRON DEPOT-PED (6 MESES
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que no reciben tratamiento actualmente deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) Diagnóstico de CPP confirmado por una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O nivel puberal de un ensayo de la hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) la evaluación de la edad ósea contra la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP, Y 3) la aparición de las características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años en pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años en pacientes de sexo masculino.
Restricciones de edad	Pubertad precoz central (CPP) El paciente debe tener menos de 12 años en mujeres y menos de 13 años en varones.
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUPRON-ENDOMETRIOSIS
Nombres de medicamentos	LUPRON DEPOT (1-MES), LUPRON DEPOT (3-MESES)
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama, cáncer de ovario/cáncer de trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, tumor recurrente de glándula salival con receptor androgénico positivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el retratamiento de la endometriosis, el medicamento solicitado se utiliza en combinación con acetato de noretindrona. Para fibromas uterinos, la paciente cumplirá con uno de los siguientes criterios: 1) diagnóstico de anemia (p. ej., hematocrito inferior o igual al 30 % y/o hemoglobina inferior o igual a 10 g/dl) O 2) la medicación solicitada se utilizará antes de la intervención quirúrgica por miomas uterinos. En el caso de cáncer de mama, el medicamento solicitado se utiliza para la enfermedad con receptores hormonales (HR).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Fibromas: 3 meses (mes), máximo de 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo de 12 meses en total. Otras: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LYNPARZA
Nombres de medicamentos	LYNPARZA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo y mutación de la línea germinal BRCA 1/2, cáncer de mama recurrente o metastásico con HER2, cáncer de mama con mutación de la línea germinal BRCA 1/2, leiomiosarcoma uterino.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama recurrente o metastásico: la enfermedad presenta una mutación de la línea germinal BRCA 1/2. Para cáncer de próstata: 1) el paciente tiene una mutación BRCA y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con abiraterona y un corticosteroide oral O 2) el paciente ha progresado con un tratamiento previo con un tratamiento dirigido al receptor de andrógenos. Para el cáncer de ovario, de trompas de Falopio o primario de peritoneo: El medicamento solicitado se utiliza para la terapia de mantenimiento de la enfermedad en estadio II-IV o recurrente que presentan un respuesta completa o parcial a la quimioterapia. Para el leiomiosarcoma uterino: 1) el paciente ha recibido al menos un tratamiento previo Y 2) el paciente tiene la enfermedad alterada por BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LYTGOBI
Nombres de medicamentos	LYTGOBI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Colangiocarcinoma extrahepático
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el colangiocarcinoma: 1) El paciente tiene un diagnóstico de colangiocarcinoma irresecable, localmente avanzado o metastásico, 2) el paciente ha recibido un tratamiento previo Y 3) el paciente tiene una enfermedad que presenta una fusión del gen del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2) u otro reordenamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MAVYRET
Nombres de medicamentos	MAVYRET
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/trastorno hepático moderado o grave (puntuación Child Turcotte Pugh [CTP] de clase B o C)
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por presencia de ARN del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [CTP clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento vigentes de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) y la Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Se aplicarán los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEGESTROL
Nombres de medicamentos	MEGESTROL ACETATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Caquexia relacionada con el cáncer en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la suspensión oral de megestrol 40 miligramos por mililitro (40 mg/ml).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEKINIST
Nombres de medicamentos	MEKINIST
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para una mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único o en combinación con dabrafenib Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes casos: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el melanoma uveal: El medicamento solicitado se utilizará como agente único Para el cáncer de ovario, el cáncer de trompas de Falopio y el cáncer peritoneal primario: El medicamento solicitado se utilizará para tratar la enfermedad persistente o recurrente. Para el carcinoma papilar, folicular y oncocítico de tiroides: 1) La enfermedad es positiva para la mutación BRAF V600E, Y 2) La enfermedad no es susceptible al tratamiento con yodo radiactivo (RAI), Y 3) El fármaco solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para tumores sólidos: 1) Tumor con mutación del gen BRAF V600E y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEKTOVI
Nombres de medicamentos	MEKTOVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento sistémico adyuvante para melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans, cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) Tumor con mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes casos: a) enfermedad metastásica o no operable o b) tratamiento adyuvante sistémico. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) Tumor con mutación BRAF V600E positivo, 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib Y 3) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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

Grupo de autorización previa	MEPRON
Nombres de medicamentos	ATOVAQUONE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Babesiosis, toxoplasmosis, profilaxis de neumonía por Pneumocystis jirovecii en pacientes pediátricos, tratamiento de neumonía leve a moderada por Pneumocystis jirovecii en pacientes pediátricos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de neumonía leve a moderada por Pneumocystis jiroveci (PCP): el paciente tuvo intolerancia o contraindicación al sulfametoxazol/trimetoprima (SMX-TMP). Para la prevención de la PCP y las indicaciones de profilaxis de la toxoplasmosis primaria: 1) el paciente tuvo una intolerancia o tiene una contraindicación a SMX-TMP Y 2) el paciente está inmunocomprometido. Para la profilaxis de toxoplasmosis secundaria: el paciente está inmunocomprometido. Para el tratamiento de la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza simultáneamente con azitromicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Profilaxis de la toxoplasmosis secundaria: 6 meses. Todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	METHYLPHENIDATE
Nombres de medicamentos	METHYLPHENIDATE HYDROCHLO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o trastorno de déficit de atención (ADD) O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño O 3) el medicamento solicitado se receta para el tratamiento del agotamiento relacionado con el cáncer después de haber descartado otras causas de agotamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	METHYLTESTOSTERONE
Nombres de medicamentos	METHYLTESTOSTERONE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación a productos alternativos de testosterona (p. ej., testosterona tópica, testosterona transdérmica, testosterona inyectable). Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas bajas confirmadas de testosterona total en suero basadas en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tenía una concentración matutina baja confirmada de testosterona total en suero basada en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)].
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MODAFINIL
Nombres de medicamentos	MODAFINIL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Hipersomnia idiopática
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la somnolencia excesiva asociada a la narcolepsia: El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada a la apnea obstructiva del sueño (AOS): El diagnóstico se ha confirmado mediante polisomnografía. Para hipersomnia idiopática, solicitud inicial, el diagnóstico ha sido confirmado por TODOS los siguientes: 1) El paciente ha experimentado lapsos de sueño o una necesidad irreprimible de dormir durante el día, diariamente, durante al menos 3 meses, Y 2) el síndrome de sueño insuficiente se confirma ausente, Y 3) la cataplejía está ausente, Y 4) menos de 2 períodos de movimiento ocular rápido de inicio del sueño (SOREMP) o ningún SOREMP, si la latencia del movimiento ocular rápido en un estudio del sueño nocturno fue menor o igual a 15 minutos, Y 5) la latencia promedio del sueño de menos o igual a 8 minutos en la prueba de latencia múltiple del sueño o el tiempo total de sueño de 24 horas es mayor o igual a 11 horas Y 6) otra afección (trastorno del sueño, trastorno médico o psiquiátrico o uso de drogas/medicamentos) no explica mejor la hipersomnolencia y los resultados de las pruebas. Para la hipersomnia idiopática, continuación del tratamiento: El paciente ha experimentado una disminución de la somnolencia diurna desde el inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MONJUVI
Nombres de medicamentos	MONJUVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Linfoma de células B relacionado con el HIV, trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (tipo de células B), linfoma de células B de alto grado
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) no especificado, el linfoma de células B relacionado con el HIV, el trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (tipo de células B), el linfoma de células B de alto grado, el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) no especificado, incluido el DLBCL derivado de un linfoma de bajo grado: 1) El paciente tiene enfermedad recidivante o refractaria, Y 2) el paciente no es elegible para un trasplante autólogo de células madre (ASCT).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MOUNJARO
Nombres de medicamentos	MOUNJARO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NAGLAZYME
Nombres de medicamentos	NAGLAZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Diagnóstico de mucopolisacaridosis VI (síndrome de Maroteaux-Lamy) confirmada por ensayo enzimático que demuestre una deficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o por pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NERLYNX
Nombres de medicamentos	NERLYNX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama con receptor de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), metástasis cerebral del cáncer de mama con HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NEXAVAR
Nombres de medicamentos	SORAFENIB TOSYLATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia mieloide aguda, sarcoma de tejidos blandos (angiosarcoma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva y subtipos de tumor fibroso solitario), tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma recurrente, cáncer epitelial de ovario, cáncer de trompas de Falopio, cáncer peritoneal primario, neoplasias linfoides y/o mieloides con eosinofilia y reordenamiento FLT3 en fase crónica o blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda: la enfermedad es positiva para la duplicación interna en tándem de la tirosina cinasa 3 similar a FMS (FLT3-ITD) y se cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) el medicamento solicitado se está utilizando para la inducción del tratamiento de baja intensidad, la terapia posterior a la inducción o la terapia de consolidación, O 3) la enfermedad es recurrente/refractaria. Para el carcinoma de tiroides: la histología es folicular, papilar, oncocítica o medular. Para tumor de estroma gastrointestinal (GIST) 1) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente o metastásica/ruptura del tumor Y 2) la enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos terapias aprobadas por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NINLARO
Nombres de medicamentos	NINLARO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/refractaria, macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma linfoplasmocítico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NITISINONE
Nombres de medicamentos	NITISINONE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tirosinemia hereditaria tipo 1 (HT-1): Diagnóstico de HT-1 confirmado por uno de los siguientes: 1) análisis bioquímico (p. ej., detección de succinilacetona en orina) O 2) prueba de DNA (análisis de mutaciones).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NORTHERA
Nombres de medicamentos	DROXIDOPA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipotensión ortostática neurogénica (nOH): Para el tratamiento inicial, el paciente presenta una disminución persistente y constante de la presión arterial sistólica de al menos 20 mmHg O una disminución de la presión arterial diastólica de al menos 10 mmHg en los 3 minutos siguientes a la bipedestación o a la prueba de inclinación de la cabeza hacia arriba. Para la continuación del tratamiento, el paciente debe haber experimentado una reducción sostenida de los síntomas de nOH (es decir, disminución de los mareos, aturdimiento o sensación de desmayo). Tanto para el tratamiento inicial como para la continuación de este, el medicamento solicitado se utilizará en pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada a uno de los siguientes diagnósticos: 1) Falla autonómica primaria debido a enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica, o falla autonómica pura, O 2) deficiencia de dopamina betahidroxilasa, O 3) neuropatía autonómica no diabética.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NOXAFIL SUSP
Nombres de medicamentos	POSACONAZOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se administrará por vía oral. Para el tratamiento de candidiasis orofaríngea: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o presenta una contraindicación al fluconazole.
Restricciones de edad	13 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Candidiasis orofaríngea: 1 mes. Todas las otras indicaciones: 6 meses.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NUBEQA
Nombres de medicamentos	NUBEQA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NUEDEXTA
Nombres de medicamentos	NUEDEXTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para afecto pseudobulbar (PBA) (continuación): el paciente ha experimentado una disminución en los episodios de afecto pseudobulbar (PBA) desde que comenzó el tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NUPLAZID
Nombres de medicamentos	NUPLAZID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las alucinaciones y los delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe realizarse antes de la aparición de síntomas psicóticos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NURTEC
Nombres de medicamentos	NURTEC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Tratamiento de la migraña aguda: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente presenta una contraindicación a un triptano agonista de receptores de 5-HT1. Tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción de los días de migraña al mes en relación con el valor inicial de referencia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 3 meses. Todas las demás indicaciones: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OCTREOTIDE
Nombres de medicamentos	OCTREOTIDE ACETATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Control tumoral de timomas y carcinomas tímicos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para acromegalia inicial: 1) El paciente tiene un nivel elevado de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para su edad y/o sexo según el intervalo de referencia del laboratorio Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o la radioterapia O existe un motivo clínico por el que el paciente no se ha sometido a cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ODOMZO
Nombres de medicamentos	ODOMZO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OFEV
Nombres de medicamentos	OFEV
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo nuevos casos): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (UIP) O 2) el estudio HRCT del tórax revela un resultado que no sea patrón de UIP (p. ej., probable UIP, UIP indeterminada), y el diagnóstico es compatible ya sea con biopsia pulmonar o mediante una consulta multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se ha realizado una biopsia pulmonar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OGIVRI
Nombres de medicamentos	OGIVRI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), del cáncer de mama HER2-positivo recurrente o avanzado no operable, de las metástasis leptomeníngeas del cáncer de mama HER2-positivo, de las metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2-positivo, del adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica HER2-positivo, del carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2-positivo, cáncer colorrectal HER2-amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2-positivo, carcinoma hepatobiliar HER2-positivo no operable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente HER2 positivo con sobreexpresión, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad es HER2-amplificada y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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	OGSIVEO
Nombres de medicamentos	OGSIVEO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OJEMDA
Nombres de medicamentos	OJEMDA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para glioma pediátrico de bajo grado (LGG) recidivante o refractario: el tumor del paciente es positivo para a) fusión o reordenamiento de BRAF O b) mutación de BRAF V600.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OJJAARA
Nombres de medicamentos	OJJAARA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la mielofibrosis, el paciente cumple TODOS los requisitos siguientes: 1) El paciente tiene un diagnóstico de mielofibrosis primaria de riesgo intermedio o alto o mielofibrosis secundaria (es decir, pospolicitemia vera o trombocitemia posesencial), Y 2) el paciente tiene anemia definida como hemoglobina de menos de 10 gramos por decilitro (g/dl) o tiene anemia dependiente de transfusiones, Y 3) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Jakafi (ruxolitinib) O tiene hemoglobina de menos de 8 g/dl.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OMEGA-3
Nombres de medicamentos	OMEGA-3-ACID ETHYL ESTERS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertrigliceridemia: Antes del inicio del tratamiento con un medicamento hipotensor de triglicéridos, el paciente tiene/tuvo un nivel de triglicéridos previo al tratamiento superior o igual a 500 miligramos por decilitro (mg/dl).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OMNIPOD
Nombres de medicamentos	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INT, OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 POD, OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (G, OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5), OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6, OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN, OMNIPOD DASH INTRO KIT (G, OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) El paciente tiene diabetes que requiere administración de insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) el paciente controla sus propios niveles de glucosa 4 o más veces al día O el paciente utiliza un monitor continuo de glucosa; Y 3) el paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes factores con el régimen actual de diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, fluctuaciones considerables en los niveles de glucosa en sangre, fenómeno de episodios constantes e intensos de hiperglucemia activa durante la madrugada y variaciones graves de la glucemia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OMNIPOD GO
Nombres de medicamentos	OMNIPOD GO 10 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 15 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 20 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 25 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 30 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 35 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 40 UNIDADES/DÍA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere control de insulina Y 2) el paciente actualmente está autoevaluando sus niveles de glucosa, se le aconsejará al paciente sobre cómo autoevaluar sus niveles de glucosa, o el paciente está usando un monitor continuo de glucosa Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la terapia con insulina basal de acción prolongada.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ONTRUZANT
Nombres de medicamentos	ONTRUZANT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), del cáncer de mama HER2-positivo recurrente o avanzado no operable, de las metástasis leptomeníngeas del cáncer de mama HER2-positivo, de las metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2-positivo, del adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica HER2-positivo, del carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2-positivo, cáncer colorrectal HER2-amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2-positivo, carcinoma hepatobiliar HER2-positivo no operable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente HER2 positivo con sobreexpresión, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo, según se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad es HER2-amplificada y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2-positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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	ONUREG
Nombres de medicamentos	ONUREG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Linfoma periférico de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OPIPZA
Nombres de medicamentos	OPIPZA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia, 1) el paciente cumple los dos requisitos siguientes: a) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y b) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes medicamentos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar, O 2) El paciente no puede tragar formulaciones orales. Para el tratamiento adyuvante del trastorno depresivo mayor (MDD), 1) el paciente cumple los dos requisitos siguientes: a) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o presenta una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, olanzapine, quetiapine, Y b) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes medicamentos de marca: Rexulti, Vraylar, O 2) El paciente no puede tragar formulaciones orales. Para el tratamiento de la irritabilidad asociada con el trastorno autista: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, risperidone O 2) El paciente no puede tragar formulaciones orales. Para el tratamiento del síndrome de Tourette: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al aripiprazole genérico, O 2) El paciente no puede tragar formulaciones orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OPSUMIT
Nombres de medicamentos	OPSUMIT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos casos): 1) Presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, Y 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual que 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ORGOVYX
Nombres de medicamentos	ORGOVYX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ORKAMBI
Nombres de medicamentos	ORKAMBI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para fibrosis quística (CF): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ORSERDU
Nombres de medicamentos	ORSERDU
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente con receptores hormonales, con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Cáncer de mama: 1) la enfermedad es positiva para el receptor de estrógenos (ER), sin receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y con mutación de ESR1, Y 2) el paciente cumple uno de los siguientes criterios: a) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica Y el paciente presenta progresión de la enfermedad tras al menos una línea de tratamiento endocrino O b) la enfermedad no respondió al tratamiento sistémico preoperatorio.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OZEMPIC
Nombres de medicamentos	OZEMPIC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PANRETIN
Nombres de medicamentos	PANRETIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento tópico de lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado con el AIDS
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PAROXETINE SUSP
Nombres de medicamentos	PAROXETINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., cápsulas, comprimidos).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PEGASYS
Nombres de medicamentos	PEGASYS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Neoplasia mieloproliferativa (trombocitemia esencial, policitemia vera, mielofibrosis sintomática de bajo riesgo), mastocitosis sistémica, leucemia/linfoma de células T en adultos, micosis fungoide/síndrome de Sézary, trastornos cutáneos primarios linfoproliferativos de linfocitos T CD30+, leucemia de células pilosas, enfermedad de Erdheim-Chester, tratamiento inicial durante el embarazo para la leucemia mieloide crónica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hepatitis C crónica: virus de la hepatitis C (HCV) confirmado por la presencia de ARN del virus de la hepatitis C (HCV) en suero antes de iniciar el tratamiento y el régimen de tratamiento planificado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	HCV: 12 a 48 semanas. HBV: 48 semanas. Otras: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PEMAZYRE
Nombres de medicamentos	PEMAZYRE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PHENYLBUTYRATE
Nombres de medicamentos	SODIUM PHENYLBUTYRATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para trastorno del ciclo de la urea (UCD): Diagnóstico de UCD confirmado por pruebas genéticas, enzimáticas o bioquímicas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PHESGO
Nombres de medicamentos	PHESGO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PIMECROLIMUS
Nombres de medicamentos	PIMECROLIMUS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Psoriasis en la cara, los genitales o los pliegues de la piel.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para dermatitis atópica leve a moderada (eccema): el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta a áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o pliegues de la piel) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a, al menos, un agente del tratamiento de primera línea (p. ej., corticosteroides tópicos de potencia media o superior). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se receta para uso crónico a corto plazo o no continuo.
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
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
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama recurrente con receptores hormonales (HR), sin receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), con mutación de PIK3CA en combinación con fulvestrant.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	POMALYST
Nombres de medicamentos	POMALYST
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras recurrente/refractaria, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios cutáneos)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el mieloma múltiple, el paciente ha recibido previamente al menos dos terapias previas, incluyendo un agente inmunomodulador Y un inhibidor del proteasoma.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	POSACONAZOLE
Nombres de medicamentos	POSACONAZOLE DR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se administrará por vía oral. Para la profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: el paciente pesa más de 40 kilogramos.
Restricciones de edad	Tratamiento de aspergilosis invasiva: 13 años de edad o más, profilaxis de las infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: A partir de los 2 años
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PREGABALIN
Nombres de medicamentos	PREGABALIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Dolor neuropático relacionado con cáncer, dolor neuropático relacionado con el tratamiento para el cáncer
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la neuralgia postherpética, el tratamiento del dolor neuropático asociado a la neuropatía diabética periférica: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o presenta una contraindicación al gabapentin.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PREVYMIS
Nombres de medicamentos	PREVYMIS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de la infección o enfermedad por citomegalovirus (CMV) en el trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT): 1) el paciente es CMV seropositivo Y 2) el paciente es receptor de un HSCT alogénico. Para la profilaxis de la enfermedad por CMV en trasplante de riñón: 1) el paciente es CMV seropositivo Y 2) el paciente es un receptor de alto riesgo de trasplante renal.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	7 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PROCRIT
Nombres de medicamentos	PROCRIT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Anemia por síndromes mielodisplásicos (MDS), anemia en artritis reumatoidea (RA), anemia por tratamiento para hepatitis C (ribavirin en combinación con interferón alfa o peginterferón alfa)
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con fines curativos. Pacientes con cáncer mieloide.
Información médica requerida	Los requisitos relativos a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) Para todos los usos, excepto anemia causada por quimioterapia o síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene depósitos de hierro adecuados (definidos como saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20 %) Y 2) para todos los usos, excepto cirugía: la Hgb en pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) es inferior a 10 g/dl, Y 3) para MDS: El nivel de eritropoyetina sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/l o menos. Para reautorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos, excepto cirugía: 1) El paciente ha recibido al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina, Y 2) el paciente respondió al tratamiento con eritropoyetina Y 3) la Hgb actual es menor que 12 g/dl Y 4) para todos los usos, excepto anemia debido a quimioterapia o MDS: el paciente tiene depósitos de hierro adecuados (p. ej., saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20 %).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	16 semanas
Otros criterios	La cobertura incluye el uso para la anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. La cobertura según la Parte D será denegada si la cobertura está disponible según la Parte A o la Parte B cuando se recete y entregue o administre un medicamento al individuo (p. ej., cuando se utiliza para el tratamiento de la anemia de un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se proporciona del incidente en el suministro del médico a un servicio médico).

Grupo de autorización previa	PULMOZYME
Nombres de medicamentos	PULMOZYME
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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	PYZCHIVA
Nombres de medicamentos	PYZCHIVA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos casos): 1) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin; b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado c) sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10 % de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	QINLOCK
Nombres de medicamentos	QINLOCK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tumor de estroma gastrointestinal (GIST) para enfermedad residual, no resecable, ruptura tumoral, recurrente o progresiva. Melanoma cutáneo metastásico o irresecable.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tumores de estroma gastrointestinal (GIST) residuales, irresecables, de ruptura tumoral, avanzados, recurrentes/metastásicos o progresivos: 1) el paciente ha recibido tratamiento previo con 3 o más inhibidores de la cinasa, incluido imatinib, O 2) el paciente ha experimentado una progresión de la enfermedad tras el tratamiento con avapritinib y dasatinib O 3) el paciente ha recibido tratamiento previo con imatinib y es intolerante al sunitinib de segunda línea. Para melanoma cutáneo: 1) la enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para las mutaciones de activación del KIT, Y 3) el medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con la terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	QUETIAPINE XR
Nombres de medicamentos	QUETIAPINE FUMARATE ER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento de monoterapia de mantenimiento para trastorno bipolar I, tratamiento de monoterapia para trastorno generalizado de ansiedad, tratamiento de monoterapia para trastorno depresivo mayor.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: Si el paciente tiene 65 años o más Y utiliza dos o más medicamentos activos del sistema nervioso central (CNS) adicionales (p. ej., lorazepam, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam y zolpidem) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar varios medicamentos activos del sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario. [Nota: El uso de diversos medicamentos activos para el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores está asociado con un mayor riesgo de sufrir caídas]. Para el tratamiento de la esquizofrenia: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de los episodios maníacos o mixtos asociados al trastorno bipolar I o el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados al trastorno bipolar I: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados al trastorno bipolar II: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la quetiapina genérica de liberación inmediata. Para el tratamiento adyuvante del trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	QUININE SULFATE
Nombres de medicamentos	QUININE SULFATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Babesiosis, malaria por Plasmodium vivax sin complicaciones.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con clindamicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	QULIPTA
Nombres de medicamentos	QULIPTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción de los días de migraña al mes en relación con el valor inicial de referencia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RALDESY
Nombres de medicamentos	RALDESY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente no puede tragar comprimidos de trazodone.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REGRANEX
Nombres de medicamentos	REGRANEX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	20 semanas
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RELISTOR INJ
Nombres de medicamentos	RELISTOR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no relacionado con el cáncer, incluido el dolor crónico relacionado con un cáncer previo o su tratamiento que no requiera un aumento frecuente (p. ej., semanal) de la dosis de opioides: 1) el paciente no puede tolerar medicamentos orales O 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: A) ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opiáceos en un paciente con dolor crónico no oncológico (p. ej., Movantik) O B) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría el ensayo de un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opiáceos en un paciente con dolor crónico no oncológico (p. ej., Movantik).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	4 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REMICADE
Nombres de medicamentos	INFLIXIMAB, REMICADE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Síndrome de Behcet, hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenoso, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida O b) intolerancia o contraindicación a MTX Y leflunomida Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: a) respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a MTX O b) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante (solo nuevos casos): respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O una contraindicación que prohibiría un ensayo con NSAID. Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos casos): 1) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin; O b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado; O c) sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10 % de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para Hidradenitis supurativa (solo nuevos casos): El paciente tiene una enfermedad grave y refractaria. Para uveítis (solo para nuevos casos): respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia o tiene una contraindicación para un ensayo de tratamiento inmunosupresor para la uveítis. Para todas las indicaciones: el paciente experimentó un acontecimiento adverso intolerable a Renflexis y dicho acontecimiento adverso NO se atribuyó al principio activo tal y como se describe en la información de prescripción.

Grupo de autorización previa	RENFLEXIS
Nombres de medicamentos	RENFLEXIS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Síndrome de Behcet, hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenoso, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida O b) intolerancia o contraindicación a MTX Y leflunomida Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: a) respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a MTX O b) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante (solo nuevos casos): respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) O una contraindicación que prohibiría un ensayo con NSAID. Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos casos): 1) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin; O b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado; O c) sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10 % de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para Hidradenitis supurativa (solo nuevos casos): El paciente tiene una enfermedad grave y refractaria. Para uveítis (solo para nuevos casos): respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia o tiene una contraindicación para un ensayo de tratamiento inmunosupresor para la uveítis.

Grupo de autorización previa	REPATHA
Nombres de medicamentos	REPATHA, REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM, REPATHA SURECLICK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RETEVMO
Nombres de medicamentos	RETEVMO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) positivo al reordenamiento recurrente durante la transfección (RET), metástasis cerebrales de CPNM positivo a la fusión RET, histiocitosis de células de Langerhans con una fusión del gen RET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o en recaída/refractaria con fusión del gen RET, Enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o en recaída/refractaria con fusión del gen RET, cáncer primario oculto con fusión del gen RET, tumores sólidos con fusión del gen RET para enfermedad recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), el paciente debe cumplir todos los requisitos siguientes: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el tumor es positivo para la fusión RET o positivo para el reordenamiento RET. Para los tumores sólidos, el paciente debe cumplir todos los siguientes requisitos: 1) la enfermedad es recurrente, persistente, progresiva, irresecable, avanzada localmente o metastásica, 2) el paciente ha progresado durante o después del tratamiento sistémico previo o no tiene opciones de tratamiento alternativo satisfactorias Y 3) el tumor es positivo para la fusión de RET.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REVLIMID
Nombres de medicamentos	LENALIDOMIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin anomalía citogenética por deleción 5q, anemia asociada a mielofibrosis, síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios cutáneos), neoplasias mieloproliferativas, sarcoma de Kaposi, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Rosai-Dorfman, linfomas periféricos de células T no especificados, linfoma angioinmunoblástico de células T (AITL), linfoma de células T asociado a enteropatía, linfoma intestinal epiteliotrópico monomórfico de células T, linfoma ganglionar periférico de células T, leucemia/linfoma de células T del adulto, linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfomas de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante, linfoma difuso de células B grandes, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfomas de células B de alto grado, transformación histológica de linfoma indolente a linfoma difuso de células B grandes
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene menor riesgo de padecer MDS con anemia sintomática según el Sistema de Puntuación de Pronóstico Internacional Revisado (IPSS-R), el Sistema de Puntuación de Pronóstico Internacional (IPSS) o el Sistema de Puntuación de Pronóstico basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (WHO) (WPSS).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REVUFORJ
Nombres de medicamentos	REVUFORJ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REZLIDHIA
Nombres de medicamentos	REZLIDHIA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REZUROCK
Nombres de medicamentos	REZUROCK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RINVOQ
Nombres de medicamentos	RINVOQ, RINVOQ LQ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a, al menos, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (por ejemplo, adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab] o Idacio [adalimumab-aacf]). Para artritis psoriásica activa (solo nuevos casos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a, al menos, un inhibidor del TNF (factor de necrosis tumoral) (por ejemplo, adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab] o Idacio [adalimumab-aacf]). Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la dermatitis atópica (solo nuevos casos): 1) el paciente tiene una enfermedad refractaria, de moderada a grave, Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con al menos otro medicamento sistémico, incluidos los biológicos, o el uso de estos tratamientos es desaconsejable. Para la dermatitis atópica (continuación del tratamiento): El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para espondilitis anquilosante activa (solo nuevos casos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a, al menos, un inhibidor del TNF (factor de necrosis tumoral) (por ejemplo, adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab] o Idacio [adalimumab-aacf]). Para espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos casos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF.
Restricciones de edad	Dermatitis atópica: 12 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Dermatitis atópica (inicial): 4 meses. Todas las demás: Año del plan
Otros criterios	Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a, al menos, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (por ejemplo, adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab] o Idacio [adalimumab-aacf]).

Grupo de autorización previa	ROMVIMZA
Nombres de medicamentos	ROMVIMZA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ROZLYTREK
Nombres de medicamentos	ROZLYTREK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) ROS1-positivo recurrente, tumores sólidos no metastásicos con fusión del gen de la tirosina cinasa neurotrófica (NTRK) positiva, tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión del gen NTRK positiva, melanoma cutáneo con fusión del gen ROS1-positivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todos los tumores sólidos positivos a la fusión del gen de la tirosina cinasa neurotrófica (NTRK): la enfermedad carece de una mutación conocida de resistencia adquirida. Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas ROS1-positivo: el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RUBRACA
Nombres de medicamentos	RUBRACA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leiomiosarcoma uterino, adenocarcinoma pancreático, cáncer epitelial de ovarios avanzado (estadio II-IV), de trompas de Falopio o peritoneal primario
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con una mutación del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) perjudicial (de línea germinal y/o somático): 1) El paciente recibió un tratamiento de terapia dirigida por receptores androgénicos, Y 2) el paciente se sometió a un tratamiento de quimioterapia con taxanos o el paciente no es apto para recibir quimioterapia, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) análoga o después de una orquiectomía bilateral. Para el tratamiento de mantenimiento del cáncer de ovario, de trompas de Falopio y primario de peritoneo con mutación BRCA: 1) El paciente tiene enfermedad avanzada (estadio II-IV) y presenta una respuesta completa o parcial a la terapia primaria O 2) el paciente tiene enfermedad recurrente y presenta una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino. Para el leiomiosarcoma uterino: 1) El medicamento solicitado se utiliza como terapia de segunda línea, Y 2) la paciente tiene la enfermedad alterada por BRCA. Para el adenocarcinoma pancreático: 1) el paciente tiene enfermedad metastásica, Y 2) el paciente tiene mutaciones somáticas o de línea germinal BRCA o PALB-2.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RYBELSUS
Nombres de medicamentos	RYBELSUS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RYDAPT
Nombres de medicamentos	RYDAPT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia mieloide aguda (AML) recidivante o refractaria, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento del FGFR1 o FLT3, tratamiento de mantenimiento posterior a la inducción en el caso de AML, reinducción en enfermedad residual para AML.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): La AML es positiva a la mutación de la tirosina cinasa 3 similar al FMS (FLT3). Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos tipo 1 (FGFR1) o FLT3: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SAPROPTERIN
Nombres de medicamentos	JAVYGTOR, SAPROPTERIN DIHYDROCHLORI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fenilcetonuria (PKU): Para pacientes que no recibieron aún una prueba terapéutica del medicamento solicitado, el nivel de fenilalanina en pretratamiento del paciente incluido el control dietario es superior a 6 mg/dl (360 micromoles/l). Para los pacientes que completaron una prueba terapéutica del medicamento solicitado, el paciente debe haber experimentado una mejora (p. ej., reducción en los niveles de fenilalanina en sangre, mejora en los síntomas neuropsiquiátricos).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 2 meses. Todas las demás: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SAXENDA_M
Nombres de medicamentos	SAXENDA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	Indicador de indicaciones de PA: Todas las indicaciones aprobadas por la FDA Usos fuera de lo indicado: Ninguno Criterios de exclusión: Contraindicado en pacientes embarazadas, que tengan antecedentes personales o familiares de carcinoma medular de tiroides o síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2. Información médica requerida: Renovación para adulto: 1) el paciente completó al menos 16 semanas de tratamiento con el medicamento solicitado Y 2) el paciente perdió al menos un 4 % de peso corporal inicial O el paciente mantuvo su pérdida de peso inicial del 4 %. Renovación pediátrica: 1) el paciente completó al menos 12 semanas de tratamiento con la dosis de mantenimiento Y 2) el paciente tuvo una reducción en el IMC de al menos 1 % desde el inicio O el paciente ha mantenido su reducción inicial del 1 % del IMC. Pacientes pediátricos y adultos (inicial y renovación): El paciente no está recibiendo más de un agente contra la obesidad al mismo tiempo. Restricciones de edad: 12 años de edad en adelante Restricciones de la persona que receta: Ninguno Duración de la cobertura: Inicial para adulto: 16 semanas, inicial para paciente pediátrico: 20 semanas, reautorización: 6 meses Otros criterios: Ninguno

Grupo de autorización previa	SCEMBLIX
Nombres de medicamentos	SCEMBLIX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1 en fase crónica o blástica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML) en fase crónica: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) El paciente cumple uno de los siguientes requisitos: A) El paciente tiene CML recién diagnosticada y tiene resistencia o intolerancia a imatinib, dasatinib o nilotinib O B) El paciente ha recibido tratamiento para la CML previamente Y al menos uno de los tratamientos anteriores fue imatinib, dasatinib o nilotinib O C) El paciente es positivo para la mutación T315I, Y 3) El paciente es negativo para las siguientes mutaciones: A337T, P465S.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SIGNIFOR
Nombres de medicamentos	SIGNIFOR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Con receta o asesoramiento de un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SILDENAFIL
Nombres de medicamentos	SILDENAFIL CITRATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos casos): 1) presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, Y 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, Y 3) si la solicitud es para un adulto, la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual que 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SIRTURO
Nombres de medicamentos	SIRTURO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o después de la consulta con dicho especialista.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SKYRIZI
Nombres de medicamentos	SKYRIZI, SKYRIZI PEN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos casos): 1) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin; b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado c) sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10 % de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SOMATULINE DEPOT
Nombres de medicamentos	LANREOTIDE ACETATE, SOMATULINE DEPOT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Control tumoral de tumores neuroendocrinos (NETs) (incluidos tumores de pulmón, timo, Net de grado 3 bien diferenciados no de origen gastroenteropancreático con biología favorable y feocromocitoma/paraganglioma)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para acromegalia inicial: 1) El paciente tiene alto nivel de factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) en pretratamiento para la edad y/o género, según el rango de referencia de laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O existe una razón clínica para que el paciente no haya sido sometido a cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SOMAVERT
Nombres de medicamentos	SOMAVERT
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para acromegalia inicial: 1) El paciente tiene alto nivel de factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) en pretratamiento para la edad y/o género, según el rango de referencia de laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O existe una razón clínica para que el paciente no haya sido sometido a cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El IGF-1 del paciente disminuyó o se normalizó desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SOTYKTU
Nombres de medicamentos	SOTYKTU
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos casos): 1) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin; b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado c) sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10 % de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SPRYCEL
Nombres de medicamentos	DASATINIB
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), condrosarcoma metastásico y/o diseminado, cordoma recurrente, leucemia linfoblástica aguda (ALL) de células T y ALL-B tipo Filadelfia (Ph), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1 en fase crónica o blástica, melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia (Ph) o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L. En el caso de la leucemia linfocítica aguda (ALL), el paciente tiene uno de los siguientes diagnósticos: 1) ALL con cromosoma Filadelfia positivo, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: diagnóstico que se ha confirmado mediante la detección del cromosoma Ph o del gen BCR-ABL Y si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I/A, F317L/V/I/C, y V299L; O 2) ALL-B tipo Ph con fusión cinasa de clase ABL; O 3) LLA de células T en recaída o refractaria con translocación de clase ABL. Para tumor de estroma gastrointestinal (GIST) 1) El paciente cumple todos los requisitos siguientes: A) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente/progresiva o metastásica/ruptura tumoral, B) el paciente ha recibido tratamiento previo con avapritinib Y C) el paciente es positivo para las mutaciones del exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA). Para melanoma cutáneo: 1) la enfermedad es metastásica o irresecable, 2) la enfermedad es positiva para las mutaciones de activación de c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con la terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	STELARA
Nombres de medicamentos	STELARA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos casos): 1) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin; b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado c) sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10 % de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	STIVARGA
Nombres de medicamentos	STIVARGA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Osteosarcoma, glioblastoma, angiosarcoma, sarcoma retroperitoneal/intraabdominal de partes blandas, rabdomiosarcoma, sarcomas de partes blandas de extremidades, pared corporal, cabeza y cuello, adenocarcinoma apendicular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer colorrectal: 1) la enfermedad es avanzada o metastásica Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Lonsurf (trifluridina/tipiracilo).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SUTENT
Nombres de medicamentos	SUNITINIB MALATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma de tiroides (folicular, medular, papilar y oncocítico), sarcoma de tejido blando (angiosarcoma, tumor fibroso solitario y subtipos de sarcoma de partes blandas alveolares), cordoma recurrente, carcinoma tímico, neoplasias linfoides y/o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en fase crónica o blástica, feocromocitoma, paraganglioma, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma de célula renal (RCC): 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV, O 2) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento adyuvante para pacientes con alto riesgo de RCC recurrente tras una nefrectomía.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SYMDEKO
Nombres de medicamentos	SYMDEKO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	6 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SYMPAZAN
Nombres de medicamentos	SYMPAZAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Convulsiones asociadas al síndrome de Dravet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Convulsiones asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): A partir de los 2 años
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SYNAREL
Nombres de medicamentos	SYNAREL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que no reciben tratamiento actualmente deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) Diagnóstico de CPP confirmado por una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O nivel puberal de un ensayo de la hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) la evaluación de la edad ósea contra la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP, Y 3) la aparición de las características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años en pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años en pacientes de sexo masculino. Para el tratamiento de la endometriosis: el paciente no ha recibido previamente un tratamiento mayor o igual a 6 meses con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	Pubertad precoz central (CPP) El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre, endometriosis: 18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TABRECTA
Nombres de medicamentos	TABRECTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, NSCLC con amplificación de transición mesenquimal-epitelial (MET) de alto nivel, metástasis cerebral del sistema nervioso central (CNS) de NSCLC con mutación del exón 14 de MET
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, avanzado o metastásico: El tumor es positivo para la mutación de salto de exón 14 de la transición epitelial-mesenquimal (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TADALAFIL (BPH)
Nombres de medicamentos	TADALAFIL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Disfunción eréctil.
Información médica requerida	Para la hiperplasia benigna de próstata (BPH): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para ambos de los siguientes: 1) bloqueador alfa, 2) inhibidor de la 5-alfa reductasa (5-ARI).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	26 semanas
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TADALAFIL (PAH)
Nombres de medicamentos	ALYQ, TADALAFIL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Para PAH (solo para nuevos casos): 1) presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, Y 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual que 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAFINLAR
Nombres de medicamentos	TAFINLAR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación de activación del gen BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único o en combinación con trametinib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de las siguientes opciones: a) enfermedad metastásica, operable de forma limitada o no operable, o b) tratamiento adyuvante sistémico. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) Tumor con mutación de gen BRAF V600E Y 2) el medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con trametinib. Para el carcinoma papilar, folicular y oncocítico de tiroides: 1) Tumor BRAF V600E positivo, Y 2) la enfermedad no es susceptible al tratamiento con yodo radiactivo (RAI) Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: La enfermedad tiene la mutación de activación del gen BRAF V600E. Para tumores sólidos: 1) Tumor con resultado positivo para la mutación de BRAF V600E Y 2) el medicamento solicitado se usará como un solo agente o en combinación con trametinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAGRISSO
Nombres de medicamentos	TAGRISSO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente sensibilizante con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), metástasis cerebrales de NSCLC sensibilizante con mutación positiva del EGFR, metástasis leptomeníngeas de NSCLC con mutación positiva del EGFR
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes contextos: 1) El paciente cumple con lo siguiente: a) el paciente tiene NSCLC (cáncer pulmonar de células no pequeñas) irresecable, metastásico, avanzado o recurrente (incluidas metástasis cerebral o leptomeníngea por NSCLC) y b) el paciente tiene una enfermedad con mutación del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante O 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) la solicitud es para el tratamiento adyuvante del NSCLC después de la resección del tumor y b) el paciente tiene una enfermedad con mutación del EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TALZENNA
Nombres de medicamentos	TALZENNA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama con mutación en el gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) de línea germinal recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TARGRETIN TOPICAL
Nombres de medicamentos	BEXAROTENE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), leucemia/linfoma de células T del adulto (ATLL) crónico o latente, linfoma cutáneo primario del área marginal, linfoma cutáneo primario del centro folicular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TASIGNA
Nombres de medicamentos	NILOTINIB HYDROCHLORIDE, TASIGNA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), tumor del estroma gastrointestinal (GIST), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1 en fase crónica o blástica, sinovitis villonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes, melanoma cutáneo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes recién diagnosticados de CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la CML, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente ha experimentado resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la ALL, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E. Para tumor de estroma gastrointestinal (GIST) 1) La enfermedad es residual, irresecable, recurrente/progresiva o metastásica/ruptura tumoral Y 2) la enfermedad ha progresado en al menos 2 tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones de activación de c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAVNEOS
Nombres de medicamentos	TAVNEOS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la continuación del tratamiento de la vasculitis severa asociada a autoanticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos (ANCA): el paciente ha experimentado beneficios del tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAZAROTENE
Nombres de medicamentos	TAZAROTENE, TAZORAC
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas, el paciente cumple los siguientes criterios: 1) el paciente tiene menos o un 20 % de superficie corporal (BSA) afectada, Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a, al menos, un corticosteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba con corticosteroides tópicos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAZVERIK
Nombres de medicamentos	TAZVERIK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Sarcoma epitelioide: 16 años de edad en adelante, linfoma folicular: 18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ
Nombres de medicamentos	TECENTRIQ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Mantenimiento con agente único para cáncer pulmonar de células pequeñas extensivo tras tratamiento combinado con etoposide y carboplatin, tratamiento posterior para mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de testículo de túnica vaginal, carcinoma urotelial, cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) en etapa IIIB, carcinoma neuroendocrino de células pequeñas persistente, recidivante o metastásico del cuello uterino (NECC).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica O 2) el paciente tiene enfermedad en etapa II a IIIB Y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la resección y la quimioterapia adyuvante. Para carcinoma hepatocelular: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ HYBREZA
Nombres de medicamentos	TECENTRIQ HYBREZA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino (NECC) persistente, recurrente o metastásico, cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) en estadio IIIB, tratamiento posterior para mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de la túnica vaginal de los testículos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica O 2) el paciente tiene enfermedad en estadio II a IIIB Y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la resección y la quimioterapia adyuvante. Para carcinoma hepatocelular: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TEMAZEPAM
Nombres de medicamentos	TEMAZEPAM
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado es mayor que los riesgos potenciales para este paciente. (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo o recetarlo en dosis reducidas o usarse con precaución y bajo supervisión médica.) Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a doxepin (3 mg o 6 mg).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años de edad en adelante.

Grupo de autorización previa	TEPMETKO
Nombres de medicamentos	TEPMETKO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, NSCLC con amplificación de transición mesenquimatosa-epitelial (MET) de alto nivel, cáncer del sistema nervioso central (CNS) que incluye metástasis cerebral y metástasis leptomeníngea de NSCLC mutado del exón 14 de MET
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, avanzado o metastásico: El tumor es positivo para la mutación de salto de exón 14 de la transición epitelial-mesenquimal (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TERBINAFINE TABS
Nombres de medicamentos	TERBINAFINE HCL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la onicomicosis por dermatófitos (tinea unguium), el paciente cumple con TODOS los siguientes criterios: 1) el paciente utilizará el medicamento solicitado por vía oral Y 2) el medicamento solicitado se receta para uso no continuo.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulativos de terapia al año.

Grupo de autorización previa	TERIPARATIDE
Nombres de medicamentos	TERIPARATIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para osteoporosis posmenopáusica: la paciente cumple UNO de estos criterios: 1) antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) puntaje T en pretratamiento menor o igual que -2.5 o puntaje T en pretratamiento mayor que -2.5 y menor que -1 con alta probabilidad de fractura según herramienta de evaluación de riesgo de fracturas (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 un buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior inyectable; O c) la paciente ha probado los bisfosfonatos orales al menos 1 año o hay motivos clínicos para evitar el tratamiento con bisfosfonatos orales. Para osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres. El paciente cumple UNO de los siguientes criterios: 1) antecedentes de fractura osteoporótica vertebral o de cadera, O 2) puntaje T en pretratamiento menor o igual que -2.5 o puntaje T en pretratamiento mayor que -2.5 y menor que -1 con alta probabilidad de fractura FRAX en pretratamiento Y la paciente cumple ALGUNO de los siguientes criterios: a) la paciente no tuvo un buen resultado en el tratamiento previo o mostró intolerancia a una terapia de osteoporosis anterior inyectable; O b) la paciente ha probado los bisfosfonatos orales al menos 1 año o hay motivos clínicos para evitar el tratamiento con bisfosfonatos orales. Para la osteoporosis inducida por glucocorticoides: el paciente se ha sometido a un ensayo de bifosfonato oral de al menos 1 año de duración, a menos que el paciente tenga una contraindicación o intolerancia a un bifosfonato oral, Y el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) puntuación T en pretratamiento inferior o igual a -2.5, O 3) puntuación T en pretratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura FRAX pretratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 24 meses. Continuación: Año del plan

Otros criterios	Continuación del tratamiento: Si el paciente ha recibido un tratamiento igual o superior a 24 meses con cualquier análogo de la hormona paratiroidea: 1) El paciente sigue teniendo o ha vuelto a tener un alto riesgo de fractura, Y 2) el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. El paciente tiene una alta probabilidad de fractura FRAX si la probabilidad a 10 años es mayor o igual al 20 % para cualquier fractura osteoporótica mayor o mayor o igual al 3 % para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoide es mayor de 7.5 mg (equivalente a prednisone) por día, el puntaje de riesgo estimado generado con FRAX se multiplicará por 1.15 para fractura osteoporótica mayor y 1.2 para fractura de cadera.
Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE CYPIONATE INJ
Nombres de medicamentos	DEPO-TESTOSTERONE, TESTOSTERONE CYPIONATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas bajas confirmadas de testosterona total en suero basadas en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tenía una concentración matutina baja confirmada de testosterona total en suero basada en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE ENANTHATE INJ
Nombres de medicamentos	TESTOSTERONE ENANTHATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas bajas confirmadas de testosterona total en suero basadas en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tenía una concentración matutina baja confirmada de testosterona total en suero basada en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TETRABENAZINE
Nombres de medicamentos	TETRABENAZINE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Trastornos de tics, discinesia tardía, hemibalismo, corea no asociada a la enfermedad de Huntington.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la discinesia tardía y el tratamiento de la corea asociada a la enfermedad de Huntington: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o un acontecimiento adverso intolerable con deutetrabenazina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	THALOMID
Nombres de medicamentos	THALOMID
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Anemia asociada a mielofibrosis, estomatitis aftosa relacionada con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), sarcoma de Kaposi, enfermedad de Castleman multicéntrica, enfermedad de Rosai-Dorfman, histiocitosis de células de Langerhans
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TIBSOVO
Nombres de medicamentos	TIBSOVO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Condrosarcoma convencional (grados 1 a 3) o desdiferenciado, cánceres del sistema nervioso central (CNS) (astrocitoma, oligodendroglioma)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene una enfermedad con mutación susceptible de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1). Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) El paciente tiene LMA recién diagnosticada y cumple uno de los siguientes requisitos: a) tiene 75 años o más, b) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de posinducción tras la respuesta del tratamiento de inducción con el fármaco solicitado, O 3) el paciente tiene AML en recaída o refractaria. Para el colangiocarcinoma localmente avanzado, irresecable, resecado con residuo macroscópico o metastásico: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la progresión en o después del tratamiento sistémico. Para cánceres del CNS: 1) la enfermedad es recurrente o progresiva Y 2) el paciente tiene oligodendroglioma o astrocitoma.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TOBI INHALER
Nombres de medicamentos	TOBI PODHALER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Bronquiectasia no causada por fibrosis quística.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para bronquiectasias con fibrosis quística y sin fibrosis quística: 1) pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de vías respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización de pseudomonas aeruginosa en vías respiratorias.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TOBRAMYCIN
Nombres de medicamentos	TOBRAMYCIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Bronquiectasia no causada por fibrosis quística.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para bronquiectasias con fibrosis quística y sin fibrosis quística: 1) pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de vías respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización de pseudomonas aeruginosa en vías respiratorias.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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 HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se está utilizando para anestesia tópica; Y 2) si el medicamento solicitado se usará como parte de un producto compuesto, entonces todos los ingredientes activos en el producto compuesto están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para uso tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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 TACROLIMUS
Nombres de medicamentos	TACROLIMUS
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Psoriasis en la cara, los genitales o los pliegues de la piel.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para dermatitis atópica moderada a grave (eccema): el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta a áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o pliegues de la piel) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a, al menos, un agente del tratamiento de primera línea (p. ej., corticosteroides tópicos de potencia media o superior). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se receta para uso crónico a corto plazo o no continuo.
Restricciones de edad	Tacrolimus 0.03 % a partir de los 2 años, Tacrolimus 0.1 % a partir de los 16 años.
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TOPICAL TESTOSTERONES
Nombres de medicamentos	TESTOSTERONE, TESTOSTERONE PUMP
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas bajas confirmadas de testosterona total en suero basadas en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tenía una concentración matutina baja confirmada de testosterona total en suero basada en el intervalo de referencia del laboratorio o en las directrices prácticas actuales antes de iniciar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada para comenzar la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TOPICAL TRETINOIN
Nombres de medicamentos	TRETINOIN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TOREMIFENE
Nombres de medicamentos	TOREMIFENE CITRATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Prolongación congénita/adquirida del QT (síndrome del QT largo), hipopotasemia no corregida o hipomagnesemia no corregida.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRAZIMERA
Nombres de medicamentos	TRAZIMERA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), del cáncer de mama HER2-positivo recurrente o avanzado irresecable, de las metástasis leptomeníngeas del cáncer de mama HER2-positivo, de las metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2-positivo, del adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica HER2-positivo, del carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2-positivo, cáncer colorrectal HER2-amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor recurrente de glándulas salivales HER2-positivo, carcinoma hepatobiliar HER2-positivo irresecable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente HER2 positivo con sobreexpresión, cáncer de endometrio HER2 positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad es HER2-amplificada y RAS y BRAF de tipo salvaje, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con carboplatino y paclitaxel y 2) se continúa como un solo agente para el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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	TREMFYA
Nombres de medicamentos	TREMFYA, TREMFYA INDUCTION PACK FO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos casos): 1) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin; b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado c) sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10 % de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TREPROSTINIL INJ
Nombres de medicamentos	TREPROSTINIL
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [WHO]): Se confirmó PAH por cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos casos: 1) presión arterial pulmonar promedio previa al tratamiento mayor que 20 mmHg, Y 2) presión de enclavamiento de capilares pulmonares previa al tratamiento menor o igual que 15 mmHg, Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento mayor o igual que 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRIKAFTA
Nombres de medicamentos	TRIKAFTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRINTELLIX
Nombres de medicamentos	TRINTELLIX
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos genéricos: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRIs), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs), mirtazapine, bupropion.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRULICITY
Nombres de medicamentos	TRULICITY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Para el control de la glucemia en la diabetes mellitus tipo 2: 10 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRUQAP
Nombres de medicamentos	TRUQAP
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRUXIMA
Nombres de medicamentos	TRUXIMA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de zona marginal (linfoma de zona marginal ganglionar, esplénico, extranodal), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, transformación histológica de linfomas indolentes a linfoma difuso de células B grandes, transformación histológica de leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL a linfoma difuso de células B grandes, linfoma cutáneo primario de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B], púrpura trombocitopénica inmune o idiopática (ITP) refractaria, anemia hemolítica autoinmune, Macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombótica trombocitopénica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin (con predominio linfocitario nodular), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeníngeas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención de la PTLD relacionada con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con los inhibidores de los puntos de control inmunitarios, enfermedad de Rosai-Dorfman, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluidos el linfoma de tipo Burkitt, el linfoma mediastínico primario de células B grandes) y la leucemia aguda pediátrica de células B maduras
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): 1) El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: A) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX), O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación a MTX, Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX O b) respuesta o intolerancia inadecuada a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético específico. Las malignidades hematológicas deben ser positivas de CD20. Para esclerosis múltiple: 1) El paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recidivante, Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad indicados para la esclerosis múltiple a pesar de una duración adecuada del tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con inhibidor de puntos de control inmunitario: 3 meses. Todas las demás: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TUKYSA
Nombres de medicamentos	TUKYSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) El paciente tiene una enfermedad avanzada, irresecable o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 3) el paciente tiene una enfermedad RAS de tipo salvaje, Y 4) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab Y 5) el paciente no ha sido tratado previamente con un inhibidor de HER2.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TURALIO
Nombres de medicamentos	TURALIO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la histiocitosis de células de Langerhans: 1) La enfermedad presenta una mutación del receptor 1 del factor estimulante de la colonia (CSF1R). Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la enfermedad de Rosai-Dorfman: 1) La enfermedad tiene la mutación de CSF1R Y el paciente tiene cualquiera de las siguientes: a) enfermedad sintomática O b) enfermedad recidivante/refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TYENNE
Nombres de medicamentos	TYENNE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Enfermedad de Castleman, enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al methotrexate (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	UBRELVY
Nombres de medicamentos	UBRELVY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento agudo de la migraña: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente presenta una contraindicación a un triptano agonista de receptores de 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	UCERIS
Nombres de medicamentos	BUDESONIDE ER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la inducción de la remisión de la colitis ulcerosa activa, de leve a moderada: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a, por lo menos, un tratamiento con ácido 5-aminosalicílico (5-ASA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	2 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VALCHLOR
Nombres de medicamentos	VALCHLOR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Linfoma/leucemia de células T en adultos (ATLL) crónica o latente, micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS) en etapa 2 o superior; linfoma de zona marginal primario cutáneo, linfoma de centro folicular primario cutáneo, papulosis linfomatoide (LyP) con CD30, histiocitosis de células de Langerhans (LCH) unifocal con enfermedad cutánea aislada.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VANFLYTA
Nombres de medicamentos	VANFLYTA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leucemia mieloide aguda refractaria o recidivante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): La AML es positiva a la duplicación interna en tándem (ITD) de la tirosina cinasa 3 similar a FMS (FLT3).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VELCADE
Nombres de medicamentos	BORTEZOMIB
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de células T del adulto, leucemia linfoblástica aguda, sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin clásico pediátrico, síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios cutáneos)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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	VELSIPITY
Nombres de medicamentos	VELSIPITY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VENCLEXTA
Nombres de medicamentos	VENCLEXTA, VENCLEXTA STARTING PACK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Linfoma de células del manto, neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (BPDCN), mieloma múltiple, leucemia mieloide aguda (AML) recurrente o refractaria, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, amiloidosis sistémica de cadenas ligeras con translocación t (11:14) recidivante o refractaria, neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica, leucemia linfoblástica aguda de células B/leucemia linfoblástica aguda de células T (B-ALL/T-ALL), leucemia de células pilosas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) El paciente ha sido diagnosticado recientemente con AML y cumple con uno de los siguientes criterios: a) a partir de los 75 años, b) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva; O 2) el paciente tiene una enfermedad de riesgo bajo/adverso y es un candidato para la terapia de inducción intensiva; O 3) el paciente tiene AML recidivante o refractaria. Para la neoplasia de células dendríticas plasmocitadas blásticas (BPDCN): 1) El paciente tiene una enfermedad sistémica tratada con intención paliativa O 2) el paciente tiene una enfermedad recidivante o refractaria. Para mieloma múltiple: 1) La enfermedad es recidivante o progresiva Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dexamethasone Y 3) el paciente tiene una translocación t(11:14). Para macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmacítico: 1) El paciente tiene una enfermedad tratada previamente que no respondió a la terapia primaria O 2) el paciente tiene una enfermedad progresiva o recidivante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VEOZAH
Nombres de medicamentos	VEOZAH
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VERQUVO
Nombres de medicamentos	VERQUVO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para insuficiencia cardíaca crónica sintomática: el paciente tiene una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (LVEF) inferior al 45 por ciento. Para el tratamiento inicial, el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) hospitalización por insuficiencia cardíaca en los últimos 6 meses O 2) uso de diuréticos intravenosos ambulatorios por insuficiencia cardíaca en los últimos 3 meses.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VERSACLOZ
Nombres de medicamentos	VERSACLOZ
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de un paciente con esquizofrenia grave que no ha respondido adecuadamente al tratamiento antipsicótico estándar (es decir, esquizofrenia resistente al tratamiento): 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene contraindicaciones a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VERZENIO
Nombres de medicamentos	VERZENIO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de mama con receptores hormonales (HR) recurrente, sin receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) en combinación con fulvestrant o inhibidor de aromatasa, o como agente único si progresa con un tratamiento endocrino anterior y quimioterapia previa en el contexto metastásico. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozol para tumor positivo al receptor de estrógenos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VIGABATRIN
Nombres de medicamentos	VIGABATRIN, VIGADRONE, VIGPODER
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las crisis parciales complejas (es decir, crisis de conciencia focal alterada): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con al menos dos fármacos antiepilépticos para las crisis parciales complejas (es decir, crisis de conciencia focal alterada).
Restricciones de edad	Espasmos infantiles: 1 mes a 2 años de edad. Crisis parciales complejas (es decir, crisis de conciencia focal alterada): A partir de los 2 años
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VIGAFYDE
Nombres de medicamentos	VIGAFYDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Espasmos infantiles: de 1 mes a 2 años de edad
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VITRAKVI
Nombres de medicamentos	VITRAKVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Tumores sólidos con fusión del gen del receptor de la tirosina cinasa neurotrófico (NTRK) no metastásicos, tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión del gen NTRK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de todos los tumores sólidos con fusión del gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK), la enfermedad no presenta una mutación de resistencia adquirida conocida.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VIZIMPRO
Nombres de medicamentos	VIZIMPRO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el paciente tiene enfermedad sensibilizante con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VONJO
Nombres de medicamentos	VONJO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VORANIGO
Nombres de medicamentos	VORANIGO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VORICONAZOLE
Nombres de medicamentos	VORICONAZOLE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente se administrará el medicamento solicitado por vía oral o intravenosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VOSEVI
Nombres de medicamentos	VOSEVI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/trastorno hepático moderado o grave (Child Turcotte Pugh clase B o C)
Información médica requerida	En el caso de la hepatitis C: Infección confirmada por presencia de ARN del HCV en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección del HIV, presencia o ausencia de sustituciones asociadas con resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de aprobación se basarán en las pautas de tratamiento vigentes de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) y la Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Se aplicarán los criterios de acuerdo con las pautas actuales de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VOTRIENT
Nombres de medicamentos	PAZOPANIB HYDROCHLORIDE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Carcinoma de tiroides (folicular, papilar, oncocítico o medular), sarcoma uterino, condrosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para carcinoma de célula renal: 1) la enfermedad está avanzada, en recaída o en etapa IV O 2) el medicamento solicitado se utilizará para el carcinoma de células renales asociado a von Hippel-Lindau (VHL). Para tumor de estroma gastrointestinal (GIST) 1) la enfermedad es residual, no resecable, recurrente o metastásica/ruptura tumoral Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes: a) la enfermedad ha progresado después de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib), b) la enfermedad es GIST deficiente en succinato deshidrogenasa (SDH). Para el sarcoma de tejidos blandos (STB): el paciente no tiene un sarcoma adipocítico de tejidos blandos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VOWST
Nombres de medicamentos	VOWST
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la recurrencia de la infección por Clostridioides difficile (CDI): 1) el diagnóstico de CDI se ha confirmado mediante una prueba de heces positiva para la toxina de C. difficile Y 2) el medicamento solicitado se administrará al menos 48 horas después de la última dosis de antibióticos utilizados para el tratamiento de la CDI recurrente.
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	WEGOVY_M
Nombres de medicamentos	WEGOVY
Indicador de indicaciones de PA	Solo algunas indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	Indicador de indicaciones de PA: Solo algunas indicaciones aprobadas por la FDA Usos fuera de lo indicado: Ninguno Criterios de exclusión: Ninguno Información médica requerida: El medicamento solicitado se utilizará para reducir el exceso de peso corporal y mantener la reducción de peso a largo plazo. El paciente no está recibiendo más de un agente contra la obesidad al mismo tiempo. Renovación para adulto: 1) El paciente completó al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado a una dosis de mantenimiento estable Y 2) el paciente perdió al menos un 5 % de peso corporal inicial O el paciente mantuvo su pérdida de peso inicial del 5 %. Renovación pediátrica: 1) el paciente ha completado al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado a una dosis de mantenimiento estable Y 2) el paciente ha experimentado una reducción del índice de masa corporal (IMC) inicial O el paciente ha mantenido su reducción del IMC desde el inicio. Restricciones de edad: 12 años de edad en adelante Restricciones de la persona que receta: Ninguno Duración de la cobertura: Inicial: 7 meses, reautorización: Año del plan Otros criterios: Otros diagnósticos pueden estar cubiertos bajo el beneficio de Medicare Parte D. Póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia sobre la cobertura.

Grupo de autorización previa	WELIREG
Nombres de medicamentos	WELIREG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XALKORI
Nombres de medicamentos	XALKORI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, NSCLC con amplificación de MET de alto nivel o mutación de omisión del exón 14 de MET, enfermedad de Erdheim-Chester positiva a la fusión de linfoma anaplásico cinasa (ALK) sintomática o con recaída/refractaria, enfermedad de Rosai-Dorfman positiva a la fusión (ALK) sintomática o en recaída/refractaria, histiocitosis de células de Langerhans positiva a la fusión (ALK), melanoma cutáneo metastásico o irresecable positivo a la fusión del gen ROS1.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes contextos: 1) el paciente tiene un NSCLC recurrente, avanzado o metastásico con linfoma anaplásico cinasa (ALK)-positivo, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib), O 3) el paciente tiene NSCLC recurrente, avanzado o metastásico ROS-1 positivo, O 4) el paciente tiene NSCLC con amplificación MET de alto nivel o mutación MET de omisión del exón 14. Para el tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT), la enfermedad es positiva para ALK. Para el linfoma anaplásico de células grandes (ALCL): 1) la enfermedad es recurrente o refractaria Y 2) la enfermedad es positiva para ALK
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XDEMVY
Nombres de medicamentos	XDEMVY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XELJANZ
Nombres de medicamentos	XELJANZ, XELJANZ XR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a, al menos, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (por ejemplo, adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab] o Idacio [adalimumab-aacf]). Para artritis psoriásica activa (solo nuevos casos): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (factor de necrosis tumoral) (por ejemplo, adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab] o Idacio [adalimumab-aacf]) Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un DMARD (antirreumático modificador de la enfermedad) no biológico. Para espondilitis anquilosante activa (solo nuevos casos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación a, al menos, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (por ejemplo, adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab] o Idacio [adalimumab-aacf]). Para colitis ulcerosa moderada a gravemente activa (solo nuevos casos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la artritis idiopática juvenil de curso poliarticular activo (solo nuevos casos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación a, al menos, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (por ejemplo, adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab] o Idacio [adalimumab-aacf]).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XERMELO
Nombres de medicamentos	XERMELO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XGEVA
Nombres de medicamentos	XGEVA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipercalcemia de malignidad, afección refractaria a la terapia con bisfosfonato intravenoso (IV) o hay un motivo clínico para evitar la terapia con bisfosfonato intravenoso.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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	XHANCE
Nombres de medicamentos	XHANCE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	18 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XIFAXAN
Nombres de medicamentos	XIFAXAN
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome del colon irritable con diarrea (IBS-D): 1) el paciente no ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado O 2) el paciente ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado, Y a) el paciente está experimentando una recurrencia de los síntomas Y b) el paciente no ha recibido ya un tratamiento inicial de 14 días y dos tratamientos adicionales de 14 días con el medicamento solicitado. Para sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO): 1) el paciente está experimentando una recurrencia después de completar un curso exitoso de tratamiento con el medicamento solicitado O 2) el diagnóstico ha sido confirmado por uno de los siguientes: a) cultivo cuantitativo de aspirado intestinal superior, b) prueba de aliento (por ejemplo, prueba de aliento con lactulosa hidrógeno o glucosa hidrógeno).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Reducción del riesgo de recurrencia extrema de HE: 6 meses, IBS-D y SIBO: 14 días
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XOLAIR
Nombres de medicamentos	XOLAIR
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el asma persistente de moderada a grave, tratamiento inicial (tx): 1) El paciente (pt) tiene una prueba cutánea (o análisis de sangre) positiva a al menos un aeroalérgeno perenne, 2) el pt tiene un nivel basal de inmunoglobulina E (IgE) mayor o igual a 30 unidades internacionales por mililitro (UI/ml) Y 3) el pt tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: a) corticosteroide inhalado de dosis media a alta Y b) controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que el paciente presente intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma persistente de moderada a grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra la reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas (sx) y las exacerbaciones o la reducción de la dosis diaria de corticosteroides orales de mantenimiento. Para la urticaria crónica espontánea (CSU), tratamiento inicial: 1) El paciente ha sido evaluado por otras causas de urticaria, incluidos angioedema relacionado con bradicinina y síndromes urticariales asociados a interleucina-1 (IL-1) (p. ej., trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial), 2) el paciente ha experimentado una aparición espontánea de habones, angioedema, o ambos, durante al menos 6 semanas Y 3) el paciente permanece sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1. Para CSU, COT: el paciente ha experimentado un beneficio (p. ej., mejoría de los síntomas) desde el inicio del tratamiento. Para la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP): 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento adicional de mantenimiento Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con Xhance (fluticasona). Para la alergia alimentaria mediada por IgE, tratamiento inicial: el paciente tiene un nivel basal de IgE superior o igual a 30 UI/ml. Para la alergia alimentaria mediada por IgE, COT: el paciente ha experimentado un beneficio evidenciado por una disminución de la hipersensibilidad (p. ej., sx cutáneo, respiratorio o gastrointestinal de moderado a grave) al alérgeno alimentario.
Restricciones de edad	CSU: 12 años de edad en adelante. Asma: 6 años de edad en adelante. CRSwNP: 18 años de edad en adelante. Alergia a los alimentos mediada por IgE: 1 año de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	CSU inicial: 6 meses. Todas las demás: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XOSPATA
Nombres de medicamentos	XOSPATA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento del FLT3
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la tirosina cinasa 3 similar al FMS (FLT3): la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XPOVIO
Nombres de medicamentos	XPOVIO, XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY, XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), linfoma de células B de alto grado, trastornos linfoproliferativos postrasplante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para mieloma múltiple: El paciente debe haber sido tratado con al menos una terapia previa. Para los linfomas de células B: El paciente debe haber sido tratado con al menos dos líneas de terapia sistémica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XTANDI
Nombres de medicamentos	XTANDI
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración o del cáncer de próstata metastásico sensible a la castración: El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XYREM
Nombres de medicamentos	SODIUM OXYBATE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación en el laboratorio del sueño, Y 2) El paciente cumple uno de los siguientes criterios: a) si el paciente tiene 17 años o menos, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un fármaco estimulante del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de fármacos estimulantes del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), b) Si el paciente tiene 18 años o más, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un fármaco estimulante de la vigilia del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de fármacos estimulantes de la vigilia del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para el tratamiento de la cataplejía en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Si la solicitud es para la continuación de la terapia, el paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o disminución de episodios de cataplexia con narcolepsia.
Restricciones de edad	7 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	Recetado o en consulta con un especialista en trastornos del sueño o neurólogo.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	YESINTEK
Nombres de medicamentos	YESINTEK
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para psoriasis en placas moderada a grave (solo nuevos casos): 1) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, rostro, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple con lo siguiente: a) ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin; b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado c) sufre de psoriasis grave que justifica la administración de un fármaco biológico como tratamiento principal (es decir, al menos, un 10 % de la BSA o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, rostro, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	YONSA
Nombres de medicamentos	YONSA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZARXIO
Nombres de medicamentos	ZARXIO
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Neutropenia en los síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, neutropenia en la anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de neutropenia febril (FN) inducida por la quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o un cáncer no mieloide Y 2) el paciente ha recibido, está recibiendo o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZEJULA
Nombres de medicamentos	ZEJULA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Leiomiosarcoma uterino
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el leiomiosarcoma uterino: 1) El medicamento solicitado se utiliza como terapia de segunda línea Y 2) la paciente tiene la enfermedad alterada por BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZELBORAF
Nombres de medicamentos	ZELBORAF
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer de pulmonar de células no pequeñas, leucemia de células pilosas, cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, glioblastoma, glioma pediátrico difuso de alto grado), terapia sistémica adyuvante para melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) p.ej., glioma, astrocitoma, glioblastoma, glioma pediátrico difuso de alto grado: 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) El fármaco solicitado se utilizará en combinación con cobimetinib O el fármaco solicitado se está utilizando para el tratamiento del glioma pediátrico difuso de alto grado. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único, o en combinación con cobimetinib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes casos: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, o b) terapia sistémica adyuvante. Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la histiocitosis de células de Langerhans: Tumor con mutación de BRAF V600. Para cáncer pulmonar de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) El paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZIRABEV
Nombres de medicamentos	ZIRABEV
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, cáncer de mama, cánceres del sistema nervioso central (CNS) (incluidos los gliomas pediátricos difusos de alto grado), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal de los testículos, sarcomas de partes blandas, neoplasias uterinas, carcinoma de endometrio, cánceres de vulva, adenocarcinoma del intestino delgado y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) asociada a la edad, incluidos los subtipos de coroidopatía polipoidea y proliferación angiomatosa retiniana, edema macular tras oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura conforme a 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	ZOLINZA
Nombres de medicamentos	ZOLINZA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Micosis fungoide (MF), síndrome de Sézary (SS)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZONISADE
Nombres de medicamentos	ZONISADE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento complementario de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a un anticonvulsivo genérico Y el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicaciones a cualquiera de los siguientes medicamentos: Aptiom, Xcopri, Spritam O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas).
Restricciones de edad	16 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZTALMY
Nombres de medicamentos	ZTALMY
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años de edad en adelante
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZURZUVAE
Nombres de medicamentos	ZURZUVAE
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos fuera de lo indicado	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la depresión posparto (DPP): el diagnóstico se confirmó utilizando escalas de calificación estandarizadas que miden de manera confiable los síntomas depresivos (p. ej., Escala de calificación de depresión de Hamilton [HDRS], Escala de depresión posnatal de Edimburgo [EPDS], Cuestionario de salud del paciente 9 [PHQ9], Montgomery -Escala de calificación de depresión de Asberg [MADRS], Inventario de depresión de Beck [BDI], etc.).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZYDELIG
Nombres de medicamentos	ZYDELIG
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Linfoma linfocítico pequeño (SLL)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL): el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea o posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZYKADIA
Nombres de medicamentos	ZYKADIA
Indicador de indicaciones de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos fuera de lo indicado	Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) recurrente con cinasa de linfoma anaplásico (ALK) positivo, NSCLC recurrente, avanzado o metastásico con ROS1 positivo, enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT), metástasis cerebral por NSCLC, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) recurrente o refractario con ALK positivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene linfoma anaplásico cinasa (ALK)-positivo recurrente, avanzado o metastásico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene contraindicación a UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib), O 3) enfermedad ROS1-positiva. Para tumor miofibroblástico inflamatorio, la enfermedad es positiva para ALK. En el caso de metástasis cerebral por NSCLC: el paciente tiene NSCLC con ALK. Para el linfoma anaplásico de células grandes (ALCL): el paciente tiene enfermedad recurrente o refractaria ALK-positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Michigan Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en letra de molde grande, sistema braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita.

https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/multi-language-taglines.aspx

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de edad, color de piel, discapacidad, nacionalidad de origen (incluido el dominio limitado del inglés), raza o sexo (según el alcance de la discriminación por sexo que se describe en la sección 92.101[a]).

Para ayudarle a comunicarse con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Molina Healthcare realiza las modificaciones pertinentes y proporciona ayuda y servicios apropiados a las personas con discapacidades. Estas incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Materiales escritos en otros formatos, como en letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille.

- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen un nivel básico de inglés. Estas incluyen: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina al 1-800-665-3086 o al TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Si considera que le hemos discriminado por edad, color, discapacidad, nacionalidad de origen, raza o sexo, puede presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación por teléfono, correo postal, correo electrónico o en línea. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de reclamaciones en nuestro sitio web:
https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx

Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711 o envíe su reclamación a:

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com
sitio web: https://molinahealthcare.Alertline.com

También puede realizar una queja (reclamación) sobre derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services en línea a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D. C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf