

Crterios de autorizaci3n previa 2021

Actualizado 12/01/2021

ABIRATERONE

Productos Afectados

- Abiraterone Acetate
- Zytiga, Tableta Oral, 500 MG

Crterios PA	Detalles de los Crterios
Crterios de Exclusi3n	
Informaci3n M3dica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duraci3n de la Cobertura	Plan Anual
Otros Crterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones m3dicas aceptadas.
Usos fuera de indicaci3n	C3ncer de pr3stata con ganglios positivos (N1), no metast3sico (M0)

ACITRETIN

Productos Afectados

- Acitretin

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Psoriasis: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a methotrexate o cyclosporine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Prevención de cánceres de piel no melanoma en personas de alto riesgo, liquen plano, queratosis folicular (enfermedad de Darier).

ACTIMMUNE

Productos Afectados

- Actimmune

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Micosis fungoide, síndrome de Sezary.

ADEMPAS

Productos Afectados

- Adempas

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Organización Mundial de la Salud [WHO] Grupo 1): La PAH fue confirmada por cateterización cardíaca derecha. En el caso de PAH, solo para nuevos pacientes: 1) Pretratamiento significa que la presión arterial pulmonar es superior o igual a 25 mmHg, Y 2) Pretratamiento significa que la presión capilar pulmonar enclavada es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) Pretratamiento significa que la resistencia pulmonar vascular es superior a 3 unidades Wood. En el caso de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (CTEPH) (WHO Grupo 4): 1) Pacientes que tienen CTEPH persistente o recurrente después de una endarterectomía pulmonar (PEA), O 2) Pacientes que tienen CTEPH inoperable con diagnóstico confirmado por cateterización cardíaca derecha Y por una tomografía computarizada (CT), imagen de resonancia magnética (MRI) o angiografía pulmonar.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

AIMOVIG

Productos Afectados

- Aimovig

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado, y el paciente tuvo una reducción en los días de migraña por mes con respecto al valor de referencia, O 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas de los siguientes medicamentos: Medicamentos antiepilépticos (AED), Agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, Antidepresivos, O 3) El paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes medicamentos: Medicamentos antiepilépticos (AED), Agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, Antidepresivos.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Inicial de 3 meses, Año del Plan de Reautorización
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ALDURAZYME

Productos Afectados

- Aldurazyme

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para mucopolisacaridosis I: El diagnóstico de mucopolisacaridosis I se confirma mediante un ensayo de enzimas, mostrando una deficiencia en la actividad de la enzima alfa-L-iduronidasa, o por medio de pruebas genéticas.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ALECENSA

Productos Afectados

- Alecensa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer pulmonar de célula no pequeña (NSCLC) de quinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivo recurrente o avanzado, metástasis cerebrales de NSCLC de ALK positivo.

ALOSETRON

Productos Afectados

- Alosetron HCl

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) Lotronex es prescrito para una mujer biológica o una persona que se auto identifica como una mujer con diagnóstico de síndrome de intestino irritable (IBS, irritable bowel syndrome) con diarrea predominante grave, Y 2) síntomas de IBS crónico con duración mínima de 6 meses, Y 3) las anormalidades del tracto gastrointestinal fueron descartadas, Y 4) respuesta inadecuada a terapia convencional.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

INHIBIDOR DE ALFA1-PROTEINASA

Productos Afectados

- Aralast NP, Solución intravenosa reconstituida 1000 MG, 500 MG
- Prolastin-C
- Zemaira

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para la deficiencia del inhibidor de la proteínasa alpha 1: El paciente debe tener 1) enfisema clínicamente evidente, 2) nivel del inhibidor de la proteínasa alpha 1 sérico previo al tratamiento inferior a 11 micromol/L (80 mg/dL por inmuno difusión radial o 50 mg/dL por nefelometría), y 3) tratamiento previo después del volumen en el primer segundo (FEV1) de una bronco dilatación de espiración forzada mayor o igual al 25 por ciento y menor o igual al 80 por ciento de lo previsto.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ALUNBRIG

Productos Afectados

- Alunbrig

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer pulmonar de célula no pequeña (NSCLC) de quinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivo recurrente o avanzado, metástasis cerebrales de NSCLC de ALK positivo.

AMBRISENTAN

Productos Afectados

- Ambrisentan

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Organización Mundial de la Salud [WHO] Grupo 1): El diagnóstico fue confirmado por cateterización cardíaca derecha. En el caso de PAH, solo para nuevos pacientes: 1) Pretratamiento significa que la presión arterial pulmonar es superior o igual a 25 mmHg, 2) Pretratamiento significa que la presión capilar pulmonar enclavada es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) Pretratamiento significa que la resistencia pulmonar vascular es superior a 3 unidades Wood.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

AMPHETAMINES

Productos Afectados

- Amphetamine-Dextroamphet ER
- Amphetamine-Dextroamphetamine

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD) o trastorno por déficit de atención (ADD) O 2) El paciente tiene el diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las Indicaciones Médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	

APOKYN

Productos Afectados

- Apokyn, Cartucho con Solución Subcutánea

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ARCALYST

Productos Afectados

- Arcalyst

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para prevenir ataques de gota en pacientes que inician o continúan la terapia de disminución de uratos (p. ej., allopurinol) (nuevos pacientes): 1) Dos o más ataques de gota dentro de los últimos 12 meses, Y 2) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un medicamento antiinflamatorio no esteroideo y a colchicine, Y 3) Uso concomitante con la terapia de disminución de uratos. Para prevenir ataques de gota en pacientes que inician o continúan la terapia de disminución de uratos (p. ej., allopurinol) (continuación): 1) El paciente debe haber alcanzado o mantenido un beneficio clínico (es decir, un menor número de ataques de gota o menos días por ataque) en comparación con el valor de referencia, Y 2) Continuado con el uso de la terapia de disminución de uratos de manera concomitante con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	Para síndromes periódicos asociados a cryopyrin (CAPS) y pericarditis recurrente: 12 años o más.
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Para la prevención de los ataques de gota: 4 meses. Otros: Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de la indicación	Prevención de ataques de gota en pacientes que inician o continúan la terapia de disminución de uratos.

ARMODAFINIL

Productos Afectados

- Armodafinil

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El diagnóstico es narcolepsia confirmada por un examen de laboratorio del sueño O 2) El diagnóstico es un trastorno asociado al trabajo por turnos (SWD) O 3) El diagnóstico es apnea del sueño obstructiva (OSA) confirmado mediante polisomnografía.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

Productos Afectados

- Fanapt
- Paquete Fanapt Titration

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes medicamentos: aripiprazole, lurasidone, olanzapine, paliperidone, quetiapine, risperidone, o ziprasidone.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

AURYXIA

Productos Afectados

- Auryxia

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	El medicamento solicitado no se receta para el tratamiento de la anemia ferropénica en pacientes adultos con enfermedad renal crónica que no están en diálisis.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

AUATEDO

Productos Afectados

- Austedo

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Síndrome de Tourette

AVASTIN

Productos Afectados

- Avastin

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo. En el caso de indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de indicación que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable para ambos, Mvasi Y Zirabev, y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de la receta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer de mama, tipos de tumores del sistema nervioso central (CNS): astrocitoma/oligodendroglioma supratentorial infiltrativo de bajo grado (grado II de la WHO) en adultos, ependimoma intracraneal y espinal del adulto, gliomas anaplásicos, meduloblastoma del adulto, linfoma primario del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebrales limitadas y extensas, metástasis leptomeníngicas y tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer de ovario/cáncer de trompas de Falopio/tipos de cáncer peritoneal primario: carcinosarcoma (tumores de Mullerianos mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometriode de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado, tumores epiteliales limítrofes de ovario

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	<p>(bajo potencial maligno) con implantes invasivos y tumores malignos del estroma del cordón sexual, tipos de sarcoma de tejido blando: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, sarcoma de Kaposi relacionado con el sida, cáncer de útero, cáncer de endometrio, cáncer de vulva y trastornos oftálmicos: edema macular diabético, neovascular (húmedo) degeneración macular relacionada con la edad que incluye coroidopatía polipoidea y subtipos de proliferación angiomatosa retiniana, edema macular después de la oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía de la prematuridad.</p>

AYVAKIT

Productos Afectados

- Ayvakit, Tableta Oral, 100 MG, 200 MG, 300 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para tratar la mastocitosis sistémica en estado avanzado (AdvSM): 1) el paciente presenta un diagnóstico de mastocitosis sistémica en estado avanzado que incluye mastocitosis sistémica de gran malignidad (ASM), mastocitosis sistémica con neoplasia hemática asociada (SM-AHN) y leucemia mastocítica (MCL), Y 2) el paciente presenta una cifra de trombocitos superior o igual a 50,000/mcL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las Indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos Fuera de la Indicación	

B VS. D

Productos Afectados

- Abelcet
- Abraxane
- Acetylcysteine, Inhalación
- Acyclovir Sodium, Solución Intravenosa
- Adriamycin, Solución Intravenosa
- Albuterol Sulfate, Solución para Inhalación/Nebulización, (2.5 MG/3ML) 0.083 %, 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML, 2.5 MG/0.5ML
- Alimta
- AmBisome
- Aminocin PF, Solución Intravenosa al 7 %
- Amphotericin B, Intravenosa
- Aprepitant
- AzaCITIDine
- AzaTHIOprine, Oral
- Bendeka
- Brovana
- Budesonide, Suspensión para Inhalación, 0.25 MG/2ML, 0.5 MG/2ML
- Calcitonin (Salmón)
- Calcitriol, Solución Intravenosa, 1 MCG/ML
- Calcitriol, Oral
- CARBOplatin, Solución Intravenosa
- Cinacalcet HCl
- CISplatin, Solución Intravenosa, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML, 50 MG/50ML
- Clinimix/Dextrose (4.25/10)
- Clinimix/Dextrose (4.25/5)
- Clinimix/Dextrose (5/15)
- Clinimix/Dextrose (5/20)
- Clinisol SF
- Clinolipid
- Cromolyn Sodium, Inhalación
- Cyclophosphamide, Inyección
- Cyclophosphamide, Intravenosa
- Cyclophosphamide, Cápsula Oral
- CycloSPORINE, Intravenosa
- CycloSPORINE Modificado
- CycloSPORINE, Cápsula Oral
- Cytarabine, Solución Inyectable
- Depo-Provera, Suspensión Intramuscular, 400 MG/ML
- Dextrose, Solución intravenosa al 50 %, 70 %
- Diphtheria-Tetanus Toxoids DT
- DOCEtaxel, CONCENTRADO 160 MG/8ML Intravenoso
- DOCEtaxel, CONCENTRADO 80 MG/4ML Intravenoso
- Docetaxel Concentrado intravenoso 160 MG/8ML, 20 MG/ML, 80 MG/4ML
- Docetaxel Concentrado intravenoso 200 MG/10ML
- DOCEtaxel, Solución Intravenosa, 160 MG/16ML, 20 MG/2ML, 80 MG/8ML
- DOCEtaxel, SOLUCIÓN 160 MG/16ML Intravenosa
- DOCEtaxel, SOLUCIÓN 20 MG/2ML Intravenosa
- DOCEtaxel, SOLUCIÓN 80 MG/8ML Intravenosa
- Doxercalciferol Oral
- DOXOrubicin HCl Solución Intravenosa
- DOXOrubicin HCl Liposomal
- Dronabinol
- Emend, Suspensión Oral Reconstituida
- Engerix-B, Inyección
- EpiRUBicin HCl, Solución Intravenosa, 200 MG/100ML, 50 MG/25ML
- Etoposide, Solución Intravenosa, 100 MG/5 ML, 500 MG/25ML
- Everolimus, Tableta Oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg
- Fluorouracil, Intravenoso
- FreAmine HBC
- FreAmine III, Solución Intravenosa al 10 %
- Fulvestrant
- GamaSTAN S/D

- Ganciclovir Sodium, Solución Intravenosa Reconstituida
- Gemcitabine HCl, Solución Intravenosa, 1 GM/26.3ML, 2 GM/52.6ML, 200 MG/5.26ML
- Gemcitabine HCl, Solución Intravenosa Reconstituida
- Gengraf, Cápsula Oral, 100 MG, 25 MG
- Gengraf, Solución Oral
- Granisetron HCl Oral
- Heparin Sodium (Porcina), Solución Inyectable, 1000 UNIDADES/ML, 10000 UNIDADES/ML, 20000 UNIDADES/ML, 5000 UNIDADES/ML
- Hepatamine
- HumuLIN R U-500 (CONCENTRADA)
- Ibandronate Sodium
- Imovax Rabia
- Intralipid
- Intron A
- Ipratropium Bromide, Inhalación
- Ipratropium-Albuterol
- Irinotecan HCl
- Kadcyla
- Leucovorin Calcium, Solución Inyectable, 500 MG/50 ML
- Leucovorin Calcium, Solución Inyectable Reconstituida
- Levalbuterol HCl, Inhalación
- LevOCARNitine, Solución Oral
- LevOCARNitine, Tableta Oral
- Lidocaine HCl (PF), Solución Inyectable, 0.5 %, 1 %, 1.5 %
- Lidocaine HCl, Solución Inyectable, 0.5 %, 1 %, 2 %
- Methotrexate Sodium (PF), Solución Inyectable, 1 GM/40ML, 250 MG/10ML, 50 MG/2ML
- Methotrexate Sodium, Solución Inyectable, 250 MG/10ML, 50 MG/2ML
- Methotrexate Sodium, Solución Inyectable Reconstituida
- Morphine Sulfate (PF), Solución Inyectable, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML
- Morphine Sulfate (PF) Solución Intravenosa, 10 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML
- Morphine Sulfate (PF), Solución Intravenosa, 2 MG/ML
- Morphine Sulfate (PF), SOLUCIÓN 10 MG/ML Intravenosa
- Morphine Sulfate (PF), SOLUCIÓN 4 MG/ML Intravenosa
- Morphine Sulfate (PF), SOLUCIÓN 8 MG/ML Intravenosa
- Morphine Sulfate, Solución Intravenosa, 1 MG/ML
- Mycophenolate Mofetil
- Mycophenolate Sodium
- Nephramine
- Nulojix
- Nutrilipid
- Oxaliplatin, Solución Intravenosa, 100 MG/20 ML, 50 MG/10 ML
- Oxaliplatin, Solución Intravenosa Reconstituida
- PACLitaxel, Concentrado Intravenoso 100 MG/16.7 ML, 150 MG/25 ML, 30 MG/5 ML, 300 MG/50 ML
- Pamidronate Disodium, Solución Intravenosa, 30 MG/10ML, 90 MG/10ML
- Pamidronate Disodium, Solución Intravenosa, 6 MG/ML
- Pamidronate Disodium, Solución Inyectable Reconstituida
- Paricalcitol Oral
- Pentamidine Isethionate, Inhalación
- Perforomist
- Plenamine
- Premasol, Solución Intravenosa al 10 %
- Procalamine
- Prograf, Paquete Oral
- Prosol
- RabAvert
- Recombivax HB
- SandIMMUNE, Solución Oral
- Sirolimus, Oral
- Tacrolimus, Oral
- TDVAX
- Tenivac

- Toposar, Solución Intravenosa, 1 GM/50ML, 100 MG/5ML
- TPN, Concentrado Intravenoso de Electrolitos
- Travasol
- Trexall
- TrophAmine, Solución Intravenosa al 10 %
- vinCRISTine Sulfate, Intravenoso
- Vinorelbine Tartrate
- Xatmep
- Ácido Zoledronic, Concentrado Intravenoso
- Ácido Zoledronic, Solución Intravenosa
- Zortress, Tableta oral, 1 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Solicitada	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	N/A
Otros Criterios	Este medicamento puede estar cubierto por Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias. Pudiera necesitarse la entrega de la información describiendo el uso y el ajuste del medicamento para tomar la determinación.
Indicaciones	Todas las indicaciones son medicamento aceptadas.
Usos no especificados	

BALVERSA

Productos Afectados

- Balversa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

BANZEL

Productos Afectados

- Banzel

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	1 año de edad o mayor
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

BENLYSTA

Productos Afectados

- Benlysta

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Para pacientes nuevos en tratamiento: lupus del sistema nervioso central grave y activo.
Información Médica Necesaria	En el caso de lupus eritematoso sistémico (SLE): 1) El paciente recibe actualmente un régimen de tratamiento estándar estable (p. ej., corticosteroide o antimalárico) para SLE O 2) el paciente no recibe actualmente un régimen de tratamiento estándar estable para SLE porque el paciente lo intentó y tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia al régimen de tratamiento estándar estable. Para nefritis lúpica: 1) El paciente recibe actualmente un régimen de tratamiento estándar estable (p. ej., corticosteroide) para nefritis lúpica O 2) el paciente no está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento estándar estable para nefritis lúpica porque el paciente lo intentó y tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia al régimen de tratamiento estándar estable.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

BERINERT

Productos Afectados

- Berinert

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de angioedema hereditario (HAE): el paciente tiene angioedema hereditario (HAE) con deficiencia o disfunción del inhibidor C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio, O tiene angioedema hereditario con inhibidor C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio. En el caso de pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, YA SEA 1) El paciente ha dado positivo para la mutación del gen F12, angiopoyetina-1 o plasminógeno o 2) El paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a un ensayo de antihistamínicos por al menos un mes.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

BETASERON

Productos Afectados

- Betaseron, Kit subcutáneo

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

BEXAROTENE

Productos Afectados

- Bexarotene
- Targretin de uso externo

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Micosis fungoide, síndrome de Sézary (solo cápsulas), tipos de desórdenes linfoproliferativos de célula T y CD30 positivo de tipo cutáneo primario: linfoma primario cutáneo anaplásico de células grandes (solo cápsulas) y papulosis linfomatoide (solo cápsulas), linfoma/leucemia de células T del adulto crónica o latente (solo gel), tipos de linfomas cutáneos primarios de células B: linfoma cutáneo primario de la zona marginal (solo gel) y linfoma cutáneo primario del centro folicular (solo gel).

BOSENTAN

Productos Afectados

- Bosentan

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Organización Mundial de la Salud [WHO] Grupo 1): El diagnóstico fue confirmado por cateterización cardíaca derecha. En el caso de PAH, solo para nuevos pacientes: 1) Pretratamiento significa que la presión arterial pulmonar es superior o igual a 25 mmHg, 2) Pretratamiento significa que la presión capilar pulmonar enclavada es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) Pretratamiento significa que la resistencia pulmonar vascular es superior a 3 unidades Wood. Para el síndrome de Eisenmenger: El paciente es diagnosticado con síndrome de Eisenmenger, PAH clase funcional III de la WHO.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Síndrome de Eisenmenger

BOSULIF

Productos Afectados

- Bosulif

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de leucemia mielógena crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda (ALL): El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL. Para CML, el paciente cumple una de las siguientes condiciones: 1) el paciente recibió un trasplante de células madre hematopoyéticas O 2) el paciente padece una CML en fase acelerada o blástica, O BIEN 3) el paciente padece una CML de fase crónica (riesgo de progresión de la enfermedad alto, intermedio o bajo). b) riesgo bajo de progreso de la enfermedad y ha experimentado una resistencia, intolerancia o toxicidad al imatinib o a un inhibidor de la tirosina quinasa alternativo. Si el paciente ha experimentado resistencia al imatinib o a un inhibidor de la tirosina quinasa alternativo para el CML, el paciente es negativo para la mutación T315I.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA. Algunas indicaciones son medicamento aceptadas.
Usos no especificados	Leucemia linfoblástica aguda (LLA) con cromosoma Filadelfia recidivante o refractario positivo (Ph+ ALL).

BRAFTOVI

Productos Afectados

- Braftovi, cápsula oral, 75 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso del cáncer colorrectal, el paciente de cumplir con las siguientes condiciones: 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, 2) La enfermedad es avanzada o metastásica, y 3) El medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA.
Usos no especificados	

BRIVIACT

Productos Afectados

- Briviact

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de edad	1 mes de edad o mayor
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

BRIVIACT, INYECCIÓN

Productos Afectados

- Briviact

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de edad	1 mes de edad o mayor
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

BRUKINSA

Productos Afectados

- Brukinsa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

BUPRENORPHINE

Productos Afectados

- Buprenorphine HCl Sublingual

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El medicamento solicitado se prescribe para el tratamiento de trastorno por consumo de opioides, Y 2) La paciente está embarazada o dando de lactar y se prescribe el medicamento solicitado para la terapia de inducción y/o terapia de mantenimiento subsecuente para el tratamiento de trastorno por consumo de opioides, O 3) El medicamento solicitado es prescrito para terapia de inducción al pasar del uso de opiáceos al tratamiento de trastorno por consumo de opioides, O 4) Se está recetando el medicamento solicitado para terapia de mantenimiento para el tratamiento de trastorno por consumo de opioides en un paciente que es intolerante a naloxone.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 meses
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

CABOMETYX

Productos Afectados

- Cabometryx

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el carcinoma celular renal: La enfermedad es recidivante, no resecable y es metastásica. Para cáncer pulmonar de célula no pequeña: La enfermedad es reordenada durante la transfección (RET) positiva. Para carcinoma hepatocelular: El paciente ha sido tratado previamente con sorafenib.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA. Algunas indicaciones son medicamento aceptadas.
Usos no especificados	Cáncer pulmonar de célula no pequeña

CALCIPOTRIENE

Productos Afectados

- Calcipotriene, crema tópica
- Calcipotriene, ungüento tópico
- Calcipotriene, solución tópica
- Calcipotriene-Betameth Diprop Suspensión para Uso Externo
- Calcitrene
- Enstilar

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El medicamento solicitado se prescribe para el tratamiento de psoriasis Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un esteroide tópico genérico.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

CALQUENCE

Productos Afectados

- Calquence

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

CAPRELSA

Productos Afectados

- Caprelsa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de NSCLC: el medicamento solicitado se utiliza para NSCLC cuando la enfermedad del paciente expresa una reorganización durante la transfección (RET) avanzada.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer pulmonar de célula no pequeña (NSCLC), carcinoma tiroideo diferenciado: papilar, folicular y de células de Hurthle.

CARBAGLU

Productos Afectados

- Carbaglu

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS): El diagnóstico de la deficiencia de NAGS se confirmó mediante la prueba enzimática o genética.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

CAYSTON

Productos Afectados

- Cayston

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el tratamiento de los síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) Pseudomonas aeruginosa está presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente O 2) El paciente tiene antecedentes de infección por pseudomonas aeruginosa o colonización de las vías respiratorias.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

CERDELGA

Productos Afectados

- Cerdelga

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la enfermedad de Gaucher, el diagnóstico se confirmó mediante un ensayo de enzimas que demuestra la deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas. El estado del metabolizador CYP2D6 del paciente se ha establecido usando la prueba autorizada por la FDA. El paciente es un metabolizador extenso CYP2D6, uno intermedio o uno lento.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

CEREZYME

Productos Afectados

- Cerezyme, Solución intravenosa
Reconstituida 400 UNIDADES

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la enfermedad de Gaucher, el diagnóstico se confirmó mediante un ensayo de enzimas que demuestra la deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Enfermedad de Gaucher tipo 3

CINRYZE

Productos Afectados

- Cinryze

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	El paciente tiene angioedema hereditario (HAE) con deficiencia o disfunción del inhibidor C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio, O tiene angioedema hereditario con inhibidor C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio. En el caso de pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, YA SEA 1) El paciente ha dado positivo para la mutación del gen F12, angiopoyetina-1 o plasminógeno o 2) El paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a un ensayo de antihistamínicos por al menos un mes.
Restricciones de Edad	6 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

CLOBAZAM

Productos Afectados

- CloBAZam

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	2 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

CLOMIPRAMINE

Productos Afectados

- ClomiPRAMINE HCl, oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El medicamento solicitado se receta para una de las siguientes condiciones: el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o trastorno de pánico Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes: un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine O 3) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de la depresión Y 4) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación a DOS de los siguientes: un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropión.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Depresión, Trastorno de pánico

CLORAZEPATE

Productos Afectados

- Clorazepate Dipotassium

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) En el caso del tratamiento de los trastornos de ansiedad, el medicamento solicitado se utiliza con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI), hasta que el antidepresivo sea eficaz para los síntomas de ansiedad O El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: A) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), B) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI) O 2) En caso de terapia complementaria en el manejo de convulsiones parciales O 3) Alivio sintomático en la abstinencia aguda de alcohol O 4) En el caso del alivio a corto plazo de los síntomas de ansiedad.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad-1 mes, trastornos por ansiedad-4 meses, para todos los demás diagnósticos-plan anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 65 años de edad o mayores. El beneficio de la terapia con el medicamento recetado supera el riesgo potencial en un paciente de 65 años de edad o más. (Nota: La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Usos fuera de indicación	

CLOZAPINE ODT

Productos Afectados

- CloZAPine, Tableta Oral Dispersable

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

COMETRIQ

Productos Afectados

- Cometriq (Dosis Diaria de 100 MG), Kit para Uso Oral, 80 y 20 MG
- Cometriq (Dosis Diaria de 140 MG), Kit para Uso Oral, 3 x 20 y 80 MG
- Cometriq (Dosis diaria de 60 mg)

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el NSCLC: El medicamento solicitado se usa para el NSCLC cuando la enfermedad del paciente expresa una reorganización durante la transfección (RET) avanzada.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer pulmonar de célula no pequeña (NSCLC), carcinoma tiroideo diferenciado: papilar, folicular y de células de Hurthle.

COPIKTRA

Productos Afectados

- Copiktra

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de linfoma folicular: el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior o de segunda línea. En el caso de linfoma MALT gástrico, linfoma MALT no gástrico, linfoma ganglionar de zona marginal y linfoma esplénico de zona marginal: el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior después de al menos 2 terapias previas.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Linfoma gástrico MALT, linfoma no gástrico MALT, linfoma ganglionar de zona marginal, linfoma esplénico de zona marginal

COTELLIC

Productos Afectados

- Cotellic

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

CYSTADROPS

Productos Afectados

- Cystadrops

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En caso de cistinosis: 1) El diagnóstico de la cistinosis se confirmó mediante la presencia de una gran concentración de cisteína en los leucocitos o mediante pruebas genéticas, y 2) El paciente presenta acumulación corneal de cristales de cistina.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

CYSTAGON

Productos Afectados

- Cystagon

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la cistinosis nefropática: El diagnóstico de la cistinosis nefropática se confirmó mediante la presencia de una gran concentración de cisteína en los leucocitos o mediante una prueba genética.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

CYSTARAN

Productos Afectados

- Cystaran

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de cistinosis: 1) El diagnóstico de la cistinosis se confirmó mediante la presencia de una gran concentración de cisteína en los leucocitos o mediante pruebas genéticas, y 2) El paciente presenta acumulación corneal de cristales de cistina.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

DALFAMPRIDINE

Productos Afectados

- Dalfampridina ER

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de esclerosis múltiple, el paciente debe cumplir con lo siguiente: En el caso de nuevos pacientes, antes de iniciar la terapia, el paciente cumple con lo siguiente: el paciente demuestra una discapacidad sostenida para caminar. En el caso de continuación de la terapia, el paciente cumple con lo siguiente: el paciente debe haber experimentado una mejoría en la velocidad en su andar U otra medida objetivo de su habilidad para caminar desde que empezó a tomar el medicamento solicitado.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

DAURISMO

Productos Afectados

- Daurismo

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de leucemia mieloide aguda: 1) el medicamento solicitado debe usarse en combinación con cytarabine, 2) el paciente tiene 75 años de edad o más O tiene comorbilidades que impiden la quimioterapia intensiva, y 3) el medicamento solicitado se usará como tratamiento para la terapia de inducción, terapia posremisión, o enfermedad recidivante o refractaria.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Terapia postremisión después de la respuesta a una terapia anterior con el mismo régimen para la leucemia mieloide aguda (AML). Enfermedad refractaria/recidivante como componente de la repetición del régimen de inducción inicial exitoso para la AML.

DEFERASIROX

Productos Afectados

- Deferasirox en gránulos
- DEFERASIROX, tabletas orales

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de hemocromatosis crónica debido a transfusiones de sangre: el nivel de ferritina sérica pretratamiento es mayor a 1000 mcg/l.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA.
Usos no especificados	

DEMSEER

Productos Afectados

- Demser
- metyroSINE

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA.
Usos no especificados	

DESVENLAFAXINE

Productos Afectados

- Desvenlafaxine Succinate ER

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

DHE NASAL

Productos Afectados

- Dihydroergotamine Mesylate Nasal

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un agonista de los receptores 5-HT1 triptan.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

DIACOMIT

Productos Afectados

- Diacomit

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

DIAZEPAM

Productos Afectados

- Diazepam, Concentrado Oral
- DiazePAM, Solución Oral, 5 MG/5ML
- DiazePAM, Tableta Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>1) En el caso del tratamiento de los trastornos de ansiedad, el medicamento solicitado se utiliza con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI), hasta que el antidepresivo sea eficaz para los síntomas de ansiedad O El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: A) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), B) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI) O 2) Para el alivio sintomático de la abstinencia aguda de alcohol O 3) Para usar como complemento para el alivio de la espasticidad causada por trastornos de la neurona motora superior (p. ej., parálisis cerebral y paraplejía), atetosis o síndrome de la persona rígida O 4) Para usar como un complemento para el alivio de los espasmos musculoesqueléticos debido a un espasmo reflejo de una patología local (p. ej., inflamación de los músculos o articulaciones, o secundario a un trauma) O 5) Para la terapia complementaria en el tratamiento de trastornos convulsivos O 6) Para el alivio a corto plazo de los síntomas de ansiedad.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad-1 mes, espasmo musculoesquelético-3 meses, Trastornos de ansiedad-4 meses, Otros diagnósticos-Plan anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 65 años de edad o mayores. El beneficio de la terapia con el medicamento recetado supera el riesgo potencial en un paciente de 65 años de edad o más. (Nota: La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

DOPTELET

Productos Afectados

- Doptelet

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para trombocitopenia asociada con hepatopatía crónica: El conteo de plaquetas (plt) base antes de realizar el procedimiento programado es inferior a 50,000/mcL. Para trombocitopenia inmune crónica o persistente (ITP, inmune thrombocytopenia): 1) Para los nuevos pacientes: a) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o es intolerante a la terapia previa como corticosteroides o inmunoglobulina, Y b) El conteo de plaquetas sin hacer la transfusión en cualquier momento antes de iniciar el medicamento solicitado es de 30,000/mcL O 30,000-50,000/mcL con sangrado sintomático o factor(es) de riesgo de sangrado. 2) Para la continuación de la terapia, respuesta del conteo de plaquetas (plt) al medicamento solicitado: a) El conteo de plaquetas actual es menor o equivalente a 200,000/mcL O b) El conteo de plaquetas actual es mayor a 200,000/mcL y la dosis se ajustará a un conteo de plaquetas suficiente para evitar un sangrado clínico importante.
Restricciones de edad	18 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Hepatopatía subyacente: 1 mes, ITP inicial: 6 meses, reautorización de ITP: Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

DRIZALMA

Productos Afectados

- Drizalma espolvoreable

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	El paciente ha probado las cápsulas de duloxetine o no puede tomar cápsulas de duloxetine por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar las cápsulas, requiere administración mediante una sonda nasogástrica)
Restricciones de Edad	Trastorno de ansiedad generalizado: 7 años de edad o más
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Dolor por cáncer, dolor neuropático inducido por quimioterapia

EMSAM

Productos Afectados

- Emsam

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion O 2) El paciente es incapaz de tragar formulaciones orales.
Restricciones de Edad	18 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ENBREL

Productos Afectados

- Enbrel Mini
- Enbrel, solución subcutánea 25 MG/0.5 ML
- Enbrel, solución subcutánea, jeringa precargada
- Enbrel, solución subcutánea reconstituida
- Enbrel SureClick, inyector automático de solución subcutánea

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>Para la artritis reumatoide moderadamente a severamente activa (solo para pacientes nuevos): 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a methotrexate (MTX) O 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de enfermedad (DMARD) biológico anterior o a un DMARD sintético específico (por ejemplo, tofacitinib). Para la espondilitis anquilosante activa (solo para pacientes nuevos): Respuesta inadecuada a un ensayo con medicamentos no esteroides antiinflamatorios (NSAID) O intolerancia o contraindicación a los NSAID. Para la psoriasis crónica en placas de moderada a severa (solo para pacientes nuevos): 1) Por lo menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, zonas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) El paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: a) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) Está contraindicado el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin O c) El paciente presenta psoriasis grave que requiere un DMARD biológico como tratamiento de primera línea (p. ej., al menos el 10 % de la superficie corporal o áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas).</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA. Algunas indicaciones son medicamente aceptadas.
Usos no especificados	Hidradenitis supurativa refractaria grave, enfermedad de injerto contra huésped

ENDARI

Productos Afectados

- Endari

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	5 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

EPCLUSA

Productos Afectados

- Epclusa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de hepatitis C crónica: Infección confirmada por la presencia de HCV ARN en el suero antes de empezar el tratamiento. Régimen de tratamiento planeado, genotipo, historial de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Escala Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia donde aplique, estado del trasplante de hígado y riñón si aplica. Las condiciones de cobertura y la duración específica de la aprobación se basarán en los lineamientos vigentes del tratamiento AASLD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la orientación actual de la AASLD-IDSA.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

EPIDIOLEX

Productos Afectados

- Epidiolex

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

EPO

Productos Afectados

- Procrit

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mielóide.
Información Médica Necesaria	Para todo tipo de usos, excepto quirúrgico: Pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina el mes anterior) la hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL (inferior a 9 g/dL para la anemia solo en la insuficiencia cardíaca congestiva). En el caso de cirugías: 1) El paciente tiene programada una cirugía no vascular, no cardíaca, electiva. 2) Pretratamiento la Hgb es mayor que 10 pero no más de 13 g/dL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	16 semanas
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D será denegada si la cobertura está disponible bajo la Parte A o Parte B, ya que el medicamento es recetado y dispensado o administrado para el individuo (por ejemplo, se usa para el tratamiento de la anemia en pacientes con insuficiencia renal crónica que se someten a diálisis, o es proporcionado por un incidente de suministro médico a un servicio médico). La cobertura incluye su uso en pacientes con anemia cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones sanguíneas: Los requisitos con respecto a los valores de la Hgb excluyen valores debido a una reciente transfusión. En el caso de reautorizaciones (el paciente recibió tratamiento de erythropoietin en el mes anterior): 1) Para todo tipo de usos, excepto quirúrgico, existe un aumento en Hgb de por lo menos 1 g/dL después de por lo menos 12 semanas de terapia. 2) En el caso de anemia en la enfermedad renal crónica, MDS, CHF, RA, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tratamiento de la hepatitis C, anemia a causa de la quimioterapia mielosupresora contra el cáncer o pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre: la Hgb actual es inferior a 12 g/dL.

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Anemia a causa de los síndromes mielodisplásicos (MDS), anemia en la insuficiencia cardiaca congestiva (CHF), anemia en la artritis reumatoidea (RA), anemia a causa del tratamiento para hepatitis C (ribavirin en combinación con interferón alfa o peginterferon alfa).

ERIVEDGE

Productos Afectados

- Erivedge

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Meduloblastoma de adulto: el paciente ha recibido quimioterapia anteriormente Y tiene tumor(es) con mutaciones en la ruta de señalización de Hedgehog
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Meduloblastoma de adulto

ERLEADA

Productos Afectados

- Erleada

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para todas las indicaciones: El medicamento solicitado se utilizará en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) análoga o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ERLOTINIB

Productos Afectados

- Erlotinib HCl

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de NSCLC (incluidas las metástasis cerebrales de NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica y 2) el miembro tiene una enfermedad sensibilizante con mutación de EGFR positiva. En el caso de cáncer de páncreas: la enfermedad está localmente avanzada, es irresecable o metastásico.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente o avanzado, cordoma recurrente, carcinoma de células renales (RCC), metástasis cerebrales de NSCLC.

ESBRIET

Productos Afectados

- Esbriet

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la fibrosis pulmonar idiopática (Solo revisión inicial): 1) Un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del pecho o biopsia pulmonar que revela el patrón de neumonía intersticial usual (UIP), O 2) un estudio de HRCT del pecho que releva un resultado diferente al patrón de UIP (por ejemplo, UIP probable, indeterminado para UIP), y el diagnóstico está respaldado ya sea por biopsia pulmonar o por discusión multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y neumólogo, que tienen experiencia en fibrosis pulmonar idiopática, si no se ha llevado a cabo una biopsia pulmonar.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

EVEROLIMUS

Productos Afectados

- Afinitor Disperz
- Afinitor, Tableta Oral, 10 mg
- Everolimus, Tableta Oral, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para cáncer de mama: 1) La enfermedad es un receptor de hormona metastásica o recurrente (HR) positivo, un factor de crecimiento epidérmico humano receptor 2 (HER2) negativo y 2) El medicamento solicitado se receta en combinación con exemestane, fulvestrant o tamoxifen, Y 3) El paciente ha recibido terapia endocrina durante de 1 año. Para el carcinoma celular renal: La enfermedad es recidivante o es metastásica. Para el astrocitoma subependimario de células gigantes (SEGA): El medicamento solicitado se administra como tratamiento adyuvante.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas tímicos, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, sarcoma de tejidos blandos (subtipos de linfangioleiomiomatosis y tumores de células epitelioides perivasculares (PEComa)), tumores del estroma gastrointestinal, tumores neuroendocrinos en el timo, carcinoma tiroideo (papilar, de células de Hurthle y folicular), carcinoma endometrial.

EXKIVITY

Productos Afectados

- Exkivity

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

FABRAZYME

Productos Afectados

- Fabrazyme

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la enfermedad de Fabry: el diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un ensayo de enzimas que demuestra la deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o por medio de pruebas genéticas, o la paciente es portadora femenina sintomática obligada.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

FARYDAK

Productos Afectados

- Farydak, cápsula oral, 10 mg, 20 mg

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

FASENRA

Productos Afectados

- Fasenra
- Pluma de Fasenra

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el asma grave: Para terapia inicial: 1) Ya sea si a) El paciente tiene un conteo de eosinófilos en sangre de referencia 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 dos de los siguientes medicamentos en dosis optimizadas: a) corticoesteroide inhalado y b) controlador adicional (agonista beta2 de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida). Para la continuación de la terapia: El control del asma ha mejorado con el uso del medicamento solicitado, demostrado por una reducción en la frecuencia y/o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de corticosteroides orales de mantenimiento.
Restricciones de Edad	12 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

PARCHES DE FENTANILLO

Productos Afectados

- FentaNYL, Parche Transdérmico 72 Horas, 100 MCG/H, 25 MCG/H, 50 MCG/H, 75 MCG/H
- fentaNYL, Parche Transdérmico 72 Horas, 12 MCG/H

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>1) El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la enfermedad de células falciformes, una afección terminal o dolor que se maneja a través de cuidados paliativos O 2) El medicamento solicitado se receta para el dolor suficientemente severo que requiere un tratamiento prolongado, diario, las 24 horas, en un paciente que ha estado tomando opioides Y 3) El paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada según su historial de uso de opioides [Nota: Este medicamento debe ser recetado solo por profesionales de la salud que tengan conocimiento sobre el uso de opioides potentes para el control del dolor crónico]. Y 4) El paciente ha sido evaluado y será supervisado en el desarrollo del trastorno por consumo opioides Y 5) Esta solicitud es para la continuación de 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.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

FETZIMA

Productos Afectados

- Fetzima
- Fetzima Titration

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

FINTEPLA

Productos Afectados

- Fintepla

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA.
Usos no especificados	

FORTEO

Productos Afectados

- Forteo, Pluma Inyectable con Solución Subcutánea

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>En el caso de osteoporosis posmenopáusica: el paciente cumple con UNA de las siguientes condiciones (1 o 2): 1) Tiene antecedentes de fracturas por fragilidad, O 2) Una puntuación T anterior al tratamiento, inferior o igual a -2.5, o una puntuación T, anterior al tratamiento, superior a -2.5 y menor que -1 con una alta probabilidad de fractura según la Herramienta de Evaluación de Riesgo de Fractura (FRAX) antes del tratamiento Y el paciente cumple con ALGUNA de las siguientes condiciones: a) indicadores de riesgo de fractura más alto (por ejemplo, edad avanzada, fragilidad, terapia con glucocorticoides, puntuaciones T muy bajas, o mayor riesgo de caída), O b) El paciente no ha respondido al tratamiento anterior con, o fue intolerante a, una terapia para la osteoporosis con inyectables a la que se sometió anteriormente O c) El paciente se ha sometido a un ensayo con bifosfonato oral de una duración de al menos 1 año o hay una razón clínica para evitar el tratamiento con un bifosfonato oral. En el caso de osteoporosis primaria o hipogonadal en varones: el paciente tiene uno de los siguientes: 1) antecedentes de fractura de cadera o columna vertebral por osteoporosis, O 2) una puntuación T anterior al tratamiento, inferior o igual a -2.5, O 3) una puntuación T anterior al tratamiento, superior a -2.5 o inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura según FRAX antes del tratamiento. En el caso de osteoporosis inducida por glucocorticoides: 1) el paciente se ha sometido a un ensayo con bifosfonato oral de una duración de al menos 1 año, a menos que esté presente una contraindicación o intolerancia a un bifosfonato oral, Y 2) el paciente tiene uno de los siguientes a) antecedentes de fractura por fragilidad, O b) una puntuación T anterior al tratamiento, inferior o igual a -2.5 O c) una puntuación T anterior al tratamiento, superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura según FRAX antes del tratamiento.</p>
Restricciones de Edad	

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	24 meses en total para análogos de la hormona paratiroidea (por ejemplo, Abaloparatida o teriparatida)
Otros Criterios	El paciente tiene una alta probabilidad FRAX de fractura si la probabilidad de 10 años es ya sea mayor o igual al 20 por ciento para cualquier fractura grave por osteoporosis, o mayor o igual al 3 por ciento para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente de prednisona) por día, la puntuación de riesgo estimado generada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para fracturas graves por osteoporosis y 1.2 para fracturas de cadera.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

FOTIVDA

Productos Afectados

- Fotivda

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

FYCOMPA

Productos Afectados

- Fycompa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	Convulsiones parciales-iniciales: 4 años de edad o mayor, Convulsiones tónico-cónicas generalizadas primarias: 12 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

GATTEX

Productos Afectados

- Gattex

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el tratamiento inicial del síndrome del intestino corto (SBS): Los pacientes adultos dependieron de soporte parenteral durante al menos 12 meses. Los pacientes pediátricos dependieron de la nutrición/líquidos intravenosos para corresponder al menos al 30 por ciento de las necesidades calóricas o de líquidos/electrolitos. Para la continuación de SBS: La necesidad del soporte parenteral ha disminuido respecto al valor de referencia durante la terapia con el medicamento solicitado.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

GAVRETO

Productos Afectados

- Gavreto

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de cáncer pulmonar de célula no pequeña, el paciente cumple con uno de los siguientes: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, y 2) El tumor presenta fusión del gen RET positiva o reorganización durante la transfección (RET) positiva.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Recurrente o con reorganización durante la transfección (RET) avanzada, o cáncer de pulmón de células no pequeñas con reorganización positiva

GILENYA

Productos Afectados

- Gilenya, Cápsula Oral, 0.5 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

GILOTRIF

Productos Afectados

- Gilotrif

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC): El paciente cumple con alguno de los siguientes: 1) El paciente tiene NSCLC no escamoso metastásico que progresó después de la quimioterapia a base de platino, o 2) El paciente tiene una mutación de EGFR sensibilizante conocida. Para metástasis cerebrales de NSCLC: El paciente tiene una mutación de EGFR sensibilizante conocida.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Metástasis cerebrales del cáncer pulmonar de célula no pequeña.

GLATIRAMER

Productos Afectados

- Glatiramer Acetate
- Glatopa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

GRALISE

Productos Afectados

- Gralise, Tableta Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a gabapentin de liberación inmediata.
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

HORMONA DE CRECIMIENTO

Productos Afectados

- Genotropin
- Genotropin MiniQuick

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerrada (excepto en pacientes con PWS).
Información Médica Necesaria	<p>GHD pediátrico: 1) Menor de 2.5 años de edad, cuando sea aplicable: a) Pre-tratamiento (pre-tx) altura (ht) más de 2 SD por debajo de la media y velocidad de crecimiento lenta. 2) 2.5 años de edad o mayores: a) Pre-tx 1 año de velocidad ht más de 2 SD por debajo de la media O b) Pre-tx ht más de 2 SD por debajo de la media y 1 año de velocidad ht más de 1 SD por debajo de la media. GHD pediátrico: 1) Resultado nulo en 2 pruebas de estimulación (máximo por debajo de 10 ng/mL) antes de iniciar el tratamiento, o 2) Trastorno de la hipófisis/del sistema nervioso central (CNS) (por ejemplo, defectos genéticos, tumores en el CNS, anomalías estructurales congénitas) e IGF-1 anterior al tratamiento mayor a 2 SD por debajo de la media, o 3) El paciente es un neonato o se le diagnosticó GHD como neonato. TS: 1) Confirmado por cariotipo Y 2) la altura antes del tratamiento está por debajo del percentil 5 para la edad. SGA: 1) Peso al nacer (wt) por debajo de 2500g a la edad gestacional (GA) más de 37 semanas O el peso al nacer o la longitud por debajo del percentil 3 para GA o por lo menos 2 SD por debajo de la media para GA, Y 2) No manifestó crecimiento compensatorio a la edad de 2 años. Adulto GHD: 1) Resultado nulo en 2 pruebas de estimulación (máximo por debajo de 5 ng/mL) o pruebas con Macrilen (máximo por debajo de 2.8 ng/ml) antes de iniciar el tratamiento, o 2) anomalía estructural del hipotálamo/de la hipófisis Y 3 o más deficiencias de la hormona hipofisaria, o 3) Deficiencia de la hormona de crecimiento al inicio de la infancia con anomalía congénita (genética o estructural) del hipotálamo/de la hipófisis/del CNS, o 4) Bajo IGF-1 antes del tratamiento y resultado nudo en 1 prueba de estimulación antes de iniciar el tratamiento.</p>
Restricciones de Edad	SGA: 2 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	Endocrinólogo, endocrinólogo pediátrico, nefrólogo pediátrico, especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo/especialista en apoyo nutricional, genético.
Duración de la Cobertura	Plan Anual

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Otros Criterios	La renovación para pacientes pediátricos con GHD, TS, SGA y para pacientes adultos con GHD experimenta mejoras.
Indicaciones	Todas las Indicaciones Médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	

HAEGARDA

Productos Afectados

- Haegarda

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el angioedema hereditario (HAE): Se está utilizando el medicamento solicitado para la prevención de los ataques agudos de angioedema. El paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio, O tiene HAE con inhibidor C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio. En el caso de pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, YA SEA 1) El paciente ha dado positivo para la mutación del gen F12, angiopoyetina-1 o plasminógeno, O 2) El paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a un ensayo de antihistamínicos por al menos un mes.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HARVONI

Productos Afectados

- Harvoni

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de hepatitis C crónica: Infección confirmada por la presencia de HCV ARN en el suero antes de empezar el tratamiento. Régimen de tratamiento planeado, genotipo, historial de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Escala Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia donde aplique, estado del trasplante de hígado y riñón si aplica. Las condiciones de cobertura y la duración específica de la aprobación se basarán en los lineamientos vigentes del tratamiento AASLD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Los criterios se aplicaron de acuerdo con la orientación actual de la AASLD-IDSA. Recordatorio para la opción de 8 semanas cuando sea apropiado.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HERCEPTIN

Productos Afectados

- Herceptin, Solución Intravenosa
Reconstituída,
150 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Terapia neoadyuvante para cáncer de mama: 6 meses. Otro: Plan anual.
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo. En el caso de indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de indicación que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de la receta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama de factor de crecimiento epidérmico humano receptor 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente HER2, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama, cáncer de esófago y unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado y recurrente HER2 positivo, cáncer colorrectal amplificado con HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.

HERCEPTIN HYLECTA

Productos Afectados

- Herceptin Hylecta

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Terapia neoadyuvante para cáncer de mama: 6 meses, Otro: Plan anual.
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama de factor de crecimiento epidérmico humano receptor 2 HER2 positivo.

HERZUMA

Productos Afectados

- Herzuma

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Terapia neoadyuvante para cáncer de mama: 6 meses. Otro: Plan anual.
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo. En el caso de indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de indicación que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de la receta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama de factor de crecimiento epidérmico humano receptor 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente HER2, metástasis leptomenígeas de cáncer de mama, cáncer de esófago y unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado y recurrente HER2 positivo, cáncer colorrectal amplificado con HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.

HETLIOZ

Productos Afectados

- Hetlioz

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso del Trastorno por Ciclo de Sueño-Vigilia Diferente a 24 horas: 1) En caso de tratamiento inicial y continuación del tratamiento: a) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (p. ej., mal funcionamiento de las retinas) y b) imposibilidad de percibir luz en ambos ojos, Y 2) Si actualmente se encuentra en tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente debe cumplir con al menos uno de los siguientes criterios: a) incremento del tiempo de sueño total durante la noche, o b) disminución de la duración de las siestas durante el día. En caso de alteraciones nocturnas del sueño con síndrome de Smith-Magenis (SMS): 1) En caso de tratamiento inicial y continuación del tratamiento, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS Y 2) si se encuentra actualmente en tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente experimenta una mejora en la calidad del sueño desde el inicio del tratamiento.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Inicio: 6 Meses, Renovación: Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HRM-ANTICONVULSIVOS

Productos Afectados

- PHENobarbital Elixir Oral
- PHENobarbital Tableta Oral
- Inyección de fenobarbital sódico

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado). El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Epilepsia

HRM-ANTIPARKINSON

Productos Afectados

- Benzotropine Mesylate, Oral
- Trihexyphenidyl HCl

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	EPS (síntomas extrapiramidales): 1) El paciente no ha probado el medicamento alternativo no-HRM (amantadine) Y 2) El paciente ha experimentado una contraindicación a un medicamento alternativo no-HRM (amantadine), Y 3) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente O 4) El paciente ha probado el medicamento alternativo no-HRM (amantadine) Y 5) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo no-HRM (amantadine) Y 6) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. Enfermedad de Parkinson: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no-HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no-HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole Y 3) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado).

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HRM-CYPROHEPTADINE

Productos Afectados

- Cyproheptadine HCl Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos 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 no HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal, o flunisolide nasal.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátría (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado). El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado, ya que supera los riesgos potenciales para este paciente.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Prurito, espasticidad por lesión de la médula espinal

HRM-DIPYRIDAMOLE

Productos Afectados

- Dipyridamole Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado). El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HRM-GUANFACINE ER

Productos Afectados

- GuanFACINE HCl ER

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado). El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HRM-GUANFACINE IR

Productos Afectados

- guanFACINE HCl Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a una dosis reducida o utilizarlos con precaución o bajo cuidado supervisado). El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HRM-HYDROXYZINE

Productos Afectados

- HydrOXYzine HCl, Jarabe Oral
- HydrOXYzine HCl, Tableta Oral
- HydrOXYzine Pamoate, cápsula oral 25 mg, 50 mg

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: 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 Y 3) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente O 4) El paciente no ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 5) El paciente tiene ansiedad aguda Y 6) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente O 7) Si se solicita por prurito, el profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	<p>Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado).</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Usos fuera de indicación	

HRM-HYDROXYZINE INJ

Productos Afectados

- HydrOXYzine HCl, Intramuscular

Crterios PA	Detalles de los Crterios
Crterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>Síndrome de abstinencia alcohólica: 1) El paciente no ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam Y 2) El paciente ha experimentado una contraindicación a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam Y 3) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente O 4) El paciente ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam Y 5) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam Y 6) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. Ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: 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 Y 3) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente O 4) El paciente no ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 5) El paciente tiene ansiedad aguda Y 6) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente O 7) Si se solicita por náuseas/vómitos, el profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HRM-HIPNÓTICA

Productos Afectados

- Zolpidem Tartrate, Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El paciente tiene una contraindicación para un medicamento alternativo no HRM (medicamento de no alto riesgo), doxepin (3 mg o 6 mg) Y 2) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente O 3) Se probó el medicamento alternativo no HRM (medicación que no es de alto riesgo), doxepin (3 mg o 6 mg) Y 4) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo no HRM (medicamentos de no alto riesgo), doxepin (3 mg o 6 mg) Y 5) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarle a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado). SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULADOS DE TERAPIA POR AÑO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HRM-METHYLDOPA

Productos Afectados

- Methyldopa Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado). El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HRM-PROMETHAZINE

Productos Afectados

- Promethazine HCl, Inyección
- Promethazine HCl, Tableta Oral
- Promethazine HCl, Jarabe Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>Rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no-HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal, o flunisolide nasal Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no-HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal, o flunisolide nasal Y 3) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente O 4) El medicamento solicitado se receta para la urticaria Y 5) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente O 6) El medicamento se está solicitando para terapia antiemética en pacientes en etapa postoperatoria o con cinetosis Y 7) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente O 8) El medicamento solicitado se receta para cualquiera de las siguientes condiciones: conjuntivitis alérgica, dermatografismo, reacción alérgica a la sangre o plasma, sedación, terapia adjunta con analgésicos para el dolor posoperatorio, angioedema o terapia adjunta con epinephrine para reacciones anafilácticas después de que se controlan los síntomas agudos Y 9) El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátría

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	(American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HRM-SCOPOLAMINE

Productos Afectados

- Scopolamine

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado). El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Salivación excesiva

HRM-RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

Productos Afectados

- Cyclobenzaprine HCl, Tableta oral 10 MG, 5 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	3 meses
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 70 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado). El profesional que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

HUMIRA

Productos Afectados

- Humira, Terapia Pediátrica Inicial para Enfermedad de Crohn para Uso Subcutáneo, Kit de Jeringa Precargada, 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML
- Kit de Inyector de Pluma de Humira Pen, Subcutánea
- Humira Pen-CD/UC/HS Kit Inicial
- Humira Pen-Ps/UV/Adol HS Kit Inicial
- Kit de jeringa precargada de Humira, Subcutánea

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>Para artritis reumatoide activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a methotrexate (MTX) O 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio modificador de enfermedad (DMARD) biológico anterior o a un DMARD sintético específico. Para la espondilitis anquilosante y espondiloartritis axial activa (únicamente a nuevos pacientes): Respuesta inadecuada a un ensayo con medicamentos no esteroides antiinflamatorios (NSAID) O intolerancia o contraindicación a los NSAID. Para la psoriasis crónica en placas de moderad a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) Por lo menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada, O áreas cruciales del cuerpo (por ejemplo, pies, manos, cara, cuello, ingle, zonas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) El paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: a) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) Está contraindicado el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, c) El paciente presenta psoriasis grave que requiere un DMARD biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % del área de la superficie corporal (BSA) o áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas). Para la enfermedad de Crohn activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) Respuesta inadecuada a por lo menos una terapia convencional (por ejemplo, corticosteroids), o 2) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional. En el caso de colitis ulcerativa moderada a gravemente activa (únicamente a nuevos pacientes): 1) Respuesta inadecuada a por lo menos una terapia convencional (por ejemplo, corticosteroids, aminosalicylates), o 2) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional.</p>

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Espondiloartritis axial.

BENZODIAZEPINES HIPNÓTICOS

Productos Afectados

- Temazepam Cápsula Oral 15 MG, 7.5 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) Se probó el medicamento alternativo no HRM (medicamentos de no alto riesgo), doxepin (3 mg o 6 mg) Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al siguiente medicamento alternativo no HRM (medicación que no es de alto riesgo), doxepin (3 mg o 6 mg) Y 3) El beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera el riesgo potencial en un paciente de 65 años de edad o mayores O 4) El paciente tiene contraindicaciones para el medicamento alternativo no HRM (medicación que no es de alto riesgo), doxepin (3 mg o 6 mg) Y 5) El beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera el riesgo potencial en un paciente de 65 años de edad o mayor.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 65 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado). SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULADOS DE TERAPIA POR AÑO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

IBRANCE

Productos Afectados

- Ibrance

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Liposarcoma bien diferenciado/desdiferenciado irreseccable, receptor de hormona recurrente (HR) positivo, cáncer de mama de factor de crecimiento epidérmico humano receptor 2 (HER2) negativo en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant.

ICATIBANT

Productos Afectados

- Icatibant Acetate

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el angioedema hereditario (HAE): El medicamento solicitado se está utilizando para el tratamiento de los ataques agudos de angioedema. El paciente tiene angioedema hereditario (HAE) con deficiencia o disfunción del inhibidor C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio, O tiene angioedema hereditario con inhibidor C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio. En el caso de pacientes con HAE con inhibidor C1 normal, YA SEA 1) El paciente ha dado positivo para la mutación del gen F12, angiopoyetina-1 o plasminógeno o 2) El paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue refractario a un ensayo de antihistamínicos por al menos un mes.
Restricciones de Edad	18 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ICLUSIG

Productos Afectados

- Iclusig

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de leucemia mieloide crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL): el diagnóstico fue confirmado mediante el cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Terapia de seguimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT) para pacientes con leucemia mieloide crónica (CML) y ALL.

IDHIFA

Productos Afectados

- IDHIFA

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para la leucemia mieloide aguda (AML) con una mutación de isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2): 1) el paciente tiene 60 años de edad o más, tiene leucemia mieloide aguda recién diagnosticada y cumple con uno de los siguientes: a) el paciente tiene comorbilidades que le impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, o b) el paciente rechaza la quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el paciente tiene 60 años de edad o más y el medicamento solicitado se usará como terapia posterior a la remisión después de la respuesta a una terapia previa de menor intensidad con el mismo régimen, O 3) el paciente tiene AML refractaria o recidivante.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Leucemia mieloide aguda recién diagnosticada

IMATINIB

Productos Afectados

- Imatinib Mesylate

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de leucemia mieloide crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL): el diagnóstico fue confirmado mediante el cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL. En el caso de CML: el paciente no falló con la terapia previa (excluyendo el fallo debido a la intolerancia) con un inhibidor de la tirosina quinasa. En el caso de melanoma: la mutación del c-Kit es positiva.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tumores desmoides, sinovitis velonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes (PVNS/TGCT), cordoma, melanoma, sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA y leucemia mielomonocítica crónica.

IMBRUVICA

Productos Afectados

- Imbruvica

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>Para linfoma celular de manto: 1) El medicamento solicitado se utilizará en pacientes que han recibido por lo menos una terapia previa, o 2) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con rituximab como pretratamiento para la terapia de inducción con el régimen de RHyperCVAD (cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin y dexamethasone) En el caso de linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa (mucosa-associated lymphoid tissue, MALT) gástrico y linfoma MALT no gástrico: el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior o de segunda línea. En el caso de la leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se utilizará como agente único del progreso de la enfermedad. En el caso del linfoma primario del sistema nervioso central: 1) la enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento y 2) el medicamento solicitado se utiliza como agente único. En el caso de linfoma ganglionar de zona marginal o linfoma esplénico de zona marginal: el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior o de segunda línea. En el caso de la transformación histológica del linfoma de zona marginal al linfoma de célula B grande difuso: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que han recibido quimioterapia previa. En el caso del linfoma de células B relacionado con el SIDA: el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o subsecuente para la enfermedad que es recidivante. En el caso del linfoma de células B relacionado con el SIDA: el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o subsecuente para la enfermedad que es recidivante. Para trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido quimioterapia previa. En el caso del linfoma de células B relacionado con el SIDA: el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o subsecuente para la enfermedad que es recidivante. En el caso del melanoma uveal, se utilizará el medicamento solicitado como agente único.</p>
Restricciones de Edad	

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Linfoma del tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT) gástrica, linfoma MALT no gástrico, leucemia de células pilosas y linfoma linfoplasmocítico, linfoma folicular, linfoma primario del sistema nervioso central, linfoma de células B relacionado con el SIDA, transformación histológica del linfoma de la zona marginal a linfoma difuso de células B grandes, linfoma difuso de células B grandes, trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante.

INCRELEX

Productos Afectados

- Increlex

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso del retraso del crecimiento debido a una deficiencia grave del factor 1 de crecimiento primario similar a la insulina (IGF-1) o la eliminación del gen de la hormona de crecimiento en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes para la hormona de crecimiento, deben cumplir con todos los siguientes requisitos antes de comenzar la terapia con el medicamento solicitado (solo para nuevos pacientes): 1) estatura 3 o más desviaciones estándar inferior a la media para niños de la misma edad y género, Y 2) nivel 3 de IGF-1 basal o más desviaciones estándar inferior a la media para niños de la misma edad y género, Y 3) prueba de estimulación de la hormona de crecimiento que muestre un nivel normal o elevado de la hormona del crecimiento.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Para la renovación, el paciente experimenta mejoras.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

INGREZZA

Productos Afectados

- Ingrezza

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

INLYTA

Productos Afectados

- Inlyta

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso del carcinoma celular renal, la enfermedad es recidivante, metástasis o no resecable.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Carcinoma tiroideo papilar, de células de Hurthle o folicular.

INQOVI

Productos Afectados

- Inqovi

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA.
Usos no especificados	

INREBIC

Productos Afectados

- Inrebic

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

IR ANTES DE ER

Productos Afectados

- Hysingla ER
- Methadone HCl Intensol
- Methadone HCl, Solución Oral
- Methadone HCl, Tableta Oral
- Morphine Sulfate ER, Tableta Oral de Liberación Prolongada

Crterios PA	Detalles de los Crterios
Crterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la enfermedad de células falciformes, una afección terminal o dolor que se maneja a través de cuidados paliativos O 2) El medicamento solicitado se receta para el dolor suficientemente severo que requiere un tratamiento prolongado, diario, las 24 horas, en un paciente que ha estado tomando opioides Y 3) El paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada según su historial de uso de opioides [Nota: Este medicamento debe ser recetado solo por profesionales de la salud que tengan conocimiento sobre el uso de opioides potentes para el control del dolor crónico]. Y 4) El paciente ha sido evaluado y será supervisado en el desarrollo del trastorno por consumo opioides Y 5) Esta solicitud es para la continuación de 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 del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Crterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

IRESSA

Productos Afectados

- Iressa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de NSCLC (incluidas las metástasis cerebrales de NSCLC), el paciente tiene una mutación de EGFR sensibilizante.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente o avanzado, metástasis cerebrales de NSCLC con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).

ISOTRETINOIN

Productos Afectados

- Amnesteem
- Claravis
- ISOTretinoin, Oral
- Myorisan
- Zenatane

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Acné vulgaris refractario, rosácea refractaria severa, neuroblastoma, linfoma cutáneo de células T (CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sézary), alto riesgo para desarrollar cáncer de piel (cáncer de células escamosas), dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover), queratosis folicular (enfermedad de Darier), ictiosis lamelar, pitiriasis rubra pilaris.

ITRACONAZOLE

Productos Afectados

- Itraconazole, Cápsula oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Si es para el tratamiento de la onicomicosis a causa de la tiña, el diagnóstico se ha confirmado por medio de una prueba de diagnóstico para hongos.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 meses
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Coccidioidomicosis, Criptococosis, Microsporidiosis, Peniciliosis, Esporotricosis, Pitiriasis versicolor/Tinea versicolor, Tinea corporis/Tinea cruris, Tinea capitis, Tinea manuum/Tinea pedis.

IVERMECTIN, TABLETAS

Productos Afectados

- Ivermectin, administración oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	El medicamento solicitado no se prescribe para la prevención o el tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	1 mes
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de la indicación	Ascariasis, Larva migrans cutánea, Mansonelosis, Sarna, Gnatostomiasis, Pediculosis

IVIG

Productos Afectados

- Bivigam, solución intravenosa, 5 GM/50ML
- Flebogamma DIF, solución intravenosa, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML
- Gammagard
- Gammagard S/D Less IgA
- Gammaked, solución inyectable, 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML
- Gammaplex, solución intravenosa, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML
- Gamunex-C
- Octagam
- Panzyga
- Privigen

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>En el caso de leucemia linfocítica crónica de células B (CLL): 1) IgG en suero menor a 500 mg/dL O 2) un historial de infecciones bacteriales recurrentes. En el caso de trasplante de médula ósea/trasplante de células madre hematopoyéticas (BMT/HSCT): 1) Se solicita IVIG dentro de los primeros 100 días posteriores al trasplante, O 2) IgG en suero menor a 400 mg/dL. En el caso de infección pediátrica por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH): 1) Suero IgG menos de 400 mg/dL O 2) Un historial de infecciones bacteriales recurrentes. Para la dermatomiositis y la polimiositis: 1) se ha intentado al menos un tratamiento estándar de primera línea (corticosteroides o inmunosupresores) pero no fueron exitosos o no fueron tolerados O 2) el paciente no puede recibir terapia estándar debido a una contraindicación u otra razón clínica. En el caso de aplasia pura de glóbulos rojos (PRCA): PRCA es secundario a una infección por parvovirus B19.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones son medicamento aceptadas.
Usos no especificados	

JAKAFI

Productos Afectados

- Jakafi

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de policitemia vera: pacientes con una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia con interferon o hydroxyurea. En el caso de leucemia linfoblástica aguda pediátrica: el paciente tiene una mutación de la citoquina similar al receptor de factor 2 (CRLF2) o una mutación asociada con la activación de la vía de transductores de Janus quinasa/transductores de señal (JAK/STAT) y activadores de la transcripción.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Mielofibrosis de bajo riesgo, mielofibrosis en fase acelerada, mielofibrosis en fase blástica/leucemia mieloide aguda o leucemia linfoblástica aguda pediátrica (ALL).

JUXTAPID

Productos Afectados

- Juxtapid

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el inicio de la terapia para tratar la hipercolesterolemia familiar homocigota: 1) El paciente presenta un diagnóstico de hipercolesterolemia familiar homocigota (HoFH) confirmado mediante análisis genético o criterios clínicos (ver Otros Criterios), Y 2) Antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente está/estaba recibiendo un régimen de combinación de reducción de lípidos que consiste en, al menos, 2 de las siguientes opciones de tratamiento: estatina de alta intensidad o se experimentó intolerancia a la estatina, fibrato, secuestrante de ácidos biliares, ezetimiba o niacina, en dosis máximas toleradas o la máxima dosis aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), Y 3) Antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente está/estaba experimentando una respuesta inadecuada a dicho régimen de combinación, como lo demuestra la lipoproteína de baja densidad colesterol (LDL-C) tratada mayor a 100 mg/dL (o mayor a 70 mg/dL con una enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica). Para la renovación de la terapia para tratar la HoFH: 1) El paciente cumple con todos los criterios iniciales, Y 2) Ha respondido a la terapia como lo demuestra una reducción en LDL-C.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	El diagnóstico de HoFH debe ser confirmado por uno de los siguientes: 1) Diagnóstico genético: Mutaciones en ambos alelos en el receptor LDL, apoproteína B (Apo B), proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9), o proteína adaptadora del receptor LDL/locus del gen ARH, O 2) Diagnóstico clínico: LDL-C no tratado mayor de 500 mg/dL o no tratado LDL-C desconocido con LDL-C tratado mayor de 300 mg/dL, más uno de los siguientes: a) Xantomas en tendón o cutáneo a la edad de 10

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	<p>años o más joven, o b) Diagnóstico de hipercolesterolemia familiar (FH) mediante análisis genéticos, criterios de diagnóstico Simon-Broome o criterios de la red clínica holandesa de lípidos en ambos padres, c) Evidencia de FH en ambos padres con un historial que incluye alguno de los siguientes: Colesterol total mayor o igual a 310 mg/dL, enfermedad cardiovascular aterosclerótica prematura (ASCVD) (antes de los 55 años de edad en varones y antes de los 60 años de edad en mujeres), xantoma del tendón, o muerte cardíaca repentina prematura. El diagnóstico de la hipercolesterolemia familiar (FH) debe confirmarse mediante uno de los siguientes: 1) Diagnóstico genético: Una mutación del receptor LDL, defecto familiar de apo B-100, o una mutación de ganancia de función PCSK9, o 2) Criterios de diagnóstico Simon-Broome para la FH: Colesterol total mayor a 290 mg/dL o LDL-C mayor a 190 mg/dL, además de xantoma del tendón en el paciente, de pariente de primer grado (padres, hermanos o hijos) o pariente de segundo grado (abuelo, tío o tía), o antecedentes familiares de infarto de miocardio en un pariente de primer grado antes de la edad de 60, o en un pariente de segundo grado antes de la edad de 50, o colesterol total mayor a 290 mg/dL en un adulto pariente de primer o segundo grado, o colesterol total mayor a 260 mg/dL en un hijo, hermano o hermana menor de 16 años de edad, o 3) Criterios de la Red Clínica Holandesa de Lípidos para la FH: Puntuación total de más de 5 puntos.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA.
Usos no especificados	

KALYDECO

Productos Afectados

- Kalydeco

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la fibrosis quística (CF): El paciente tiene una mutación en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que responde al potenciador de ivacaftor basado en datos en ensayos clínicos y/o in vitro.
Restricciones de Edad	4 meses de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

KANJINTI

Productos Afectados

- Kanjinti

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Terapia neoadyuvante para cáncer de mama: 6 meses. Otro: Plan anual.
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo. En el caso de indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de indicación que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de la receta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama de factor de crecimiento epidérmico humano receptor 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente HER2, metástasis leptomenígeas de cáncer de mama, cáncer de esófago y unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado y recurrente HER2 positivo, cáncer colorrectal amplificado con HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.

KETOCONAZOLE

Productos Afectados

- Ketoconazole, Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Enfermedades del hígado crónicas o agudas. Uso actual de dofetilide, quinidine, pimozide, cisapride, methadone, disopyramide, dronedarone, ranolazine, ergot alkaloids, alprazolam o simvastatin.
Información Médica Necesaria	1) El paciente cuenta con uno de los siguientes diagnósticos: blastomycosis, coccidioidomycosis, histoplasmosis, cromomycosis o paracoccidioidomycosis, O 2) El medicamento solicitado se está recetando para un paciente con el síndrome de Cushing que no puede tolerar una cirugía o cuya cirugía no ha sido curativa.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 meses
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Síndrome de Cushing.

KEYTRUDA

Productos Afectados

- Keytruda, Solución Intravenosa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>Para el melanoma cutáneo: la enfermedad no es resecable o es metastásica. Para el tratamiento adyuvante del melanoma: 1) la enfermedad se diseminó a los ganglios linfáticos y 2) el medicamento solicitado se utilizará después de una resección completa de los ganglios linfáticos o una resección completa de la enfermedad metastásica. Para NSCLC: el paciente debe cumplir cualquiera de las siguientes condiciones: 1) el medicamento se utilizará en combinación con pemetrexed y carboplatin o cisplatin después de someterse a un tratamiento con receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o cinasa del linfoma anaplásico (ALK) (si los resultados de EGFR o ALK son positivos) para tratar el NSCLC de células no escamosas, recidivante, avanzado o metastásico, O BIEN 2) el medicamento se utilizará con carboplatin o cisplatin, además de paclitaxel o paclitaxel unido a proteínas para tratar el NSCLC de células no escamosas, recidivante, avanzado o metastásico, O BIEN 3) el medicamento se utilizará como agente único para tratar el NSCLC de células no escamosas, recidivante, avanzado o metastásico que exprese el ligando 1 de muerte programada (PD-L1) (puntuación de proporción tumoral [TPS] superior o igual al 1%) después de someterse a un tratamiento con EGFR o ALK (si los resultados de EGFR o ALK son positivos), O BIEN 4) el medicamento se utilizará para continuar con el tratamiento de mantenimiento en el caso de enfermedad recidivante, avanzada o metastásica. Para el carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello: la enfermedad no es resecable, es metastásica o es un segundo cáncer primario. Para el linfoma de Hodgkin clásico: la enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento. Para carcinoma urotelial (distinto al cáncer de vejiga no músculo-invasivo [NMIBC] con carcinoma in situ [CIS]): 1) el paciente no es elegible para someterse a un tratamiento con cisplatin y el tumor expresa el PD-L1 (puntuación positiva combinada [CPS] superior o igual a 10), O BIEN 2) el paciente no es elegible para someterse a ninguna quimioterapia que contenga platino, O BIEN 3) la enfermedad empeoró durante el tratamiento neoadyuvante o adyuvante con platino, después de dicho tratamiento o dentro de los 12 meses posteriores a este. Para el NMIBC con CIS: la enfermedad es de alto riesgo, no responde al tratamiento con Bacillus Calmette-Guerin (BCG) Y el paciente no es elegible para</p>

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	someterse a una cistectomía o decidió no someterse a ella. Para el cáncer colorrectal: 1) la enfermedad no es resecable o es metastásica Y 2) el tumor presenta inestabilidad de microsatélites alta (MSI-H) o deficiencia en la reparación de errores de emparejamiento (dMMR).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	<p>Para tumores sólidos (incluido el sarcoma de Ewing, el osteosarcoma, los tumores de las glándulas suprarrenales y cáncer de pene): 1) la enfermedad no es resecable o es metastásica, Y 2) el tumor se clasifica como MSI-H, dMMR o tumor con carga mutacional alta (igual o superior a 10 mutaciones por megabase) Y 3) la enfermedad evolucionó después del tratamiento anterior y el paciente no tiene opciones alternativas de tratamiento con resultados satisfactorios. Para el cáncer gástrico, el cáncer de la unión esofagogástrica y el cáncer esofágico: 1) el miembro no es candidato para someterse a una cirugía o la enfermedad es recidivante, avanzada localmente o metastásica, Y 2) el tumor se clasifica como MSI-H o dMMR, O BIEN el tumor expresa el PD-L1 (CPS superior o igual a 1) O BIEN el medicamento solicitado se utilizará en combinación con quimioterapia. Para el cáncer cervical: la enfermedad es recidivante o metastásica Y cumple uno de los siguientes requisitos: 1) el tumor es MSI-H o dMMR, O BIEN 2) el tumor expresa el PD-L1 (CPS superior o igual a 1) y la enfermedad empeoró durante la quimioterapia, o después de dicho tratamiento. Para el linfoma mediastínico primario de células B grandes: la enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento. Para el carcinoma hepatocelular: el paciente estuvo en tratamiento previamente con sorafenib. Para el cáncer renal: el medicamento solicitado se utilizará en combinación con axitinib o lenvatinib. Para el cáncer de pulmón microcítico: la enfermedad es recidivante, progresiva primaria o metastásica. Para las metástasis cerebrales del SNC: el medicamento solicitado se utilizará para el tratamiento de las metástasis cerebrales en pacientes con melanoma o NSCLC.</p>
Indicaciones	Todas las Indicaciones aprobadas por la FDA. Algunas Indicaciones Médicas aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación	Cáncer ovárico epitelial/cáncer de trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, melanoma uveal, sarcoma de Ewing, osteosarcoma, cáncer

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	testicular, carcinoma anal, tumores de las glándulas suprarrenales, cáncer de pene, metástasis cerebrales del sistema nervioso central (SNC) en pacientes con melanoma o cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC), adenocarcinoma pancreático, cánceres hepatobiliares (colangiocarcinoma extrahepático, colangiocarcinoma intrahepático y cáncer de vesícula biliar), mesotelioma pleural maligno, cáncer vulvar, carcinoma tímico, micosis fungoide/síndrome de Sézary, linfomas de células T (linfoma de células T/linfocito T citotóxico [NK] extraganglionar de tipo nasal), neoplasia trofoblástica gestacional, carcinoma neuroendocrino indiferenciado/carcinoma de células grandes o pequeñas.

KISQALI

Productos Afectados

- Kisqali, (Dosis de 200 MG)
- Kisqali, (Dosis de 400 MG)
- Kisqali, (Dosis de 600 MG)
- Kisqali Femara, (Dosis de 400 MG)
- Kisqali Femara, (Dosis de 600 MG)
- Kisqali Femara, (Dosis de 200 MG)

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	En el caso del tratamiento del cáncer de mama con Kisqali (ribociclib) en combinación con un inhibidor de la aromatasasa o Kisqali Femara Co-Pack (ribociclib y letrozol) como terapia endocrina inicial, se debe cumplir uno de los siguientes criterios: 1) la paciente es premenopáusica o perimenopáusica, O 2) la paciente es posmenopáusica y ha experimentado progresión de la enfermedad con Ibrance (palbociclib) o Verzenio (abemaciclib) o un evento adverso intolerable de Ibrance (palbociclib) Y Verzenio (abemaciclib). En el caso del tratamiento del cáncer de mama con Kisqali (ribociclib) en combinación con fulvestrant, se debe cumplir uno de los siguientes criterios: 1) el medicamento solicitado se utiliza con fulvestrant como terapia endocrina inicial en una paciente posmenopáusica, O 2) el medicamento solicitado se utiliza después de la progresión de la enfermedad en la terapia endocrina en una paciente posmenopáusica y la paciente ha experimentado una progresión de la enfermedad en Ibrance (palbociclib) O Verzenio (abemaciclib) O un evento adverso intolerable para Ibrance (palbociclib) Y Verzenio (abemaciclib).
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA.

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Usos no especificados	

KORLYM

Productos Afectados

- Korlym

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

KUVAN

Productos Afectados

- Kuvan

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de fenilcetonuria: En el caso de los pacientes que no han recibido aún el ensayo terapéutico del medicamento solicitado, el nivel de fenilalanina del tratamiento anterior, incluyendo antes del control dietético, del paciente es mayor a 6 mg/dL (360 micromol/L). En el caso de los pacientes que completaron un ensayo terapéutico del medicamento solicitado, el paciente debe haber experimentado una reducción en el nivel de fenilalanina en la sangre mayor o igual a 30 por ciento con respecto al valor de referencia O el paciente ha mostrado una mejora en síntomas neuropsiquiátricos.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Inicial: 2 meses. Todos los demás: Plan anual.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

KYNMOBI

Productos Afectados

- Kynmobi

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

LENVIMA

Productos Afectados

- Lenvima, (Dosis diaria de 10 MG)
- Lenvima, (Dosis diaria de 12 MG)
- Lenvima, (Dosis diaria de 14 MG)
- Lenvima, (Dosis diaria de 18 MG)
- Lenvima, (Dosis diaria de 20 MG)
- Lenvima, (Dosis diaria de 24 MG)
- Lenvima, (Dosis diaria de 4 MG)
- Lenvima, (Dosis diaria de 8 MG)

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica necesaria	En el caso del cáncer de tiroides diferenciado (folicular, papilar o de células de Hurthle): la enfermedad es refractaria al yodo radiactivo y es irreseccable, localmente recurrente o metastásica. En el caso de carcinoma hepatocelular: la enfermedad es irreseccable o inoperable, local, metastásica o con una extensa carga tumoral hepática. En el caso de carcinoma celular renal: la enfermedad es avanzada o recidivante.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Plan Anual
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Carcinoma medular de tiroides, carcinoma anaplásico de tiroides

PARCHES DE LIDOCAINE

Productos Afectados

- Lidocaine, Parche de uso externo al 5 %

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Dolor asociado con la neuropatía diabética, dolor asociado con la neuropatía relacionada con el cáncer (incluyendo la neuropatía relacionada con el tratamiento [por ejemplo, neuropatía asociada con el tratamiento por radiación o quimioterapia]).

LONSURF

Productos Afectados

- Lonsurf

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de cáncer colorrectal: La enfermedad es avanzada no resecable o metastásica. En el caso de adenocarcinoma de la unión gástrica o gastroesofágica, se deben cumplir 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 previas de quimioterapia.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

LORBRENA

Productos Afectados

- Lorbrena

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de la indicación	CPCNP metastásico positivo para reordenamiento del represor de silenciamiento (ROS)-1 luego de la progresión de la enfermedad con crizotinib, entrectinib o ceritinib.

LUMAKRAS

Productos Afectados

- Lumakras

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las Indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos Fuera de la Indicación	

LUMIZYME

Productos Afectados

- Lumizyme

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la enfermedad de Pompe, el diagnóstico se confirmó mediante un ensayo de enzimas que demuestra la deficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa ácida (GAA) mediante pruebas genéticas.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

LUPRON

Productos Afectados

- Leuprolide Acetate, Inyección
- Lupron Depot, Kit Intramuscular (1 mes), 3.75 MG
- Lupron Depot, Kit Intramuscular (3 mes), 11.25 MG
- Lupron Depot-Ped (1 mes)
- Lupron Depot-Ped (3 mes)

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de pubertad precoz central (CPP), los pacientes que actualmente no reciben terapia debe cumplir con todos los siguientes criterios: 1) Diagnóstico de CPP confirmado por: a) Respuesta puberal a una prueba del agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), O nivel puberal de un ensayo de tercera generación de la hormona luteinizante (LH), Y b) Evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica, y 2) La aparición de características sexuales secundarias que ocurren antes de los 8 años de edad en pacientes mujeres O antes de los 9 años de edad en pacientes varones. En el caso de fibromas uterinos, el paciente debe cumplir con una de las siguientes condiciones: 1) Diagnóstico de anemia (por ejemplo, hematocritos menores o equivalentes a 30 por ciento y/o hemoglobina menor o equivalente a 10g/dL), O 2) Se utilizará el medicamento solicitado antes de la cirugía para fibromas uterinos.
Restricciones de Edad	CPP: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 si es hombre.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Fibromas: 3 meses, total de 6 meses como máximo. Endometriosis: 6 meses, total de 12 meses como máximo. Otros: Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las Indicaciones Médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	

LYNPARZA

Productos Afectados

- Lynparza, tableta oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de cáncer de mama, la enfermedad debe ser: 1) BRCA mutado en la 1/2 línea germinal y 2) recurrente o metastásico
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA. Algunas indicaciones son medicamento aceptadas.
Usos no especificados	Cáncer de mama recurrente HER2 negativo, BRCA mutado en la 1/2 línea germinal, recidivante o metastásico HER2 positivo, BRCA mutado en la 1/2 línea germinal

LYRICA CR

Productos Afectados

- Lyrica CR

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a gabapentin.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

MAVYRET

Productos Afectados

- Mavyret

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática severa o moderada (clase B o C de la escala de Child Turcotte Pugh).
Información Médica Necesaria	En el caso de hepatitis C crónica: Infección confirmada por la presencia de HCV ARN en el suero antes de empezar el tratamiento. Régimen de tratamiento planeado, genotipo, historial de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Escala Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia donde aplique, estado del trasplante de hígado y riñón si aplica. Las condiciones de cobertura y la duración específica de la aprobación se basarán en los lineamientos vigentes del tratamiento AASLD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la orientación actual de la AASLD-IDSA.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

MEGESTROL

Productos Afectados

- Megestrol Acetate, Suspensión Oral, 625 MG/5 ML

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

MEKINIST

Productos Afectados

- Mekinist

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de metástasis cerebrales de melanoma o para tratamiento adyuvante, el tumor es positivo para una mutación activadora de BRAF V600 y se utilizará el medicamento solicitado en combinación con dabrafenib. En el caso de melanoma no reseccable o metastásico, el tumor es positivo para una mutación activadora de BRAF V600 y se utilizará el medicamento solicitado como agente único en combinación con dabrafenib. En el caso de cáncer pulmonar de célula no pequeña o cáncer de tiroides anaplásico, el tumor es positivo para una mutación de BRAF V600E y se utilizará el medicamento solicitado en combinación con dabrafenib. En el caso del melanoma uveal, se utilizará el medicamento solicitado como agente único. En el caso de cáncer colorrectal avanzado o metastásico irreseccable, el tumor es positivo para una mutación activadora de BRAF V600E.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Metástasis cerebrales de melanoma, melanoma uveal, cáncer colorrectal.

MEKTOVI

Productos Afectados

- Mektovi

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de cáncer colorrectal, el paciente debe cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El medicamento solicitado se usa en combinación con encorafenib, 2) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E y 3) El medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer colorrectal:

MEMANTINE

Productos Afectados

- Memantine HCl ER
- Memantine HCl, Solución Oral, 2 MG/ML
- Memantine HCl, Tableta Oral, 10 MG, 5 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Esta edición solo aplica para pacientes menores de 30 años.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

METHYLPHENIDATE

Productos Afectados

- Dexmethylphenidate HCl
- Metadate ER, Tableta oral de liberación prolongada, 20 MG
- Methylphenidate HCl ER, Tableta oral de liberación prolongada, 10 MG, 20 MG
- Methylphenidate HCl Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD) o trastorno por déficit de atención (ADD) O 2) El paciente tiene el diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño y la solicitud no es para un producto de dexmethylphenidate O 3) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de descartar otras causas de fatiga.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las Indicaciones Médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	

MIGLUSTAT

Productos Afectados

- Miglustat

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la enfermedad de Gaucher, el diagnóstico se confirmó mediante un ensayo de enzimas que demuestra la deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

MODAFINIL

Productos Afectados

- Modafinil

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El diagnóstico es narcolepsia confirmada por un examen de laboratorio del sueño O 2) El diagnóstico es un trastorno asociado al trabajo por turnos (SWD) O 3) El diagnóstico es apnea del sueño obstructiva (OSA) confirmado mediante polisomnografía.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

MONJUVI

Productos Afectados

- Monjuvi

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

MVASI

Productos Afectados

- Mvasi

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer de mama, tipos de tumores del sistema nervioso central (CNS): astrocitoma/oligodendroglioma supratentorial infiltrativo de bajo grado (grado II de la WHO) en adultos, ependimoma intracraneal y espinal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma del adulto, linfoma primario del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebrales limitadas y extensas, metástasis leptomeníngicas y tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer de ovario epitelial/cáncer de trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, incluidos los siguientes tipos de cáncer: carcinosarcoma (tumores de Mullerianos mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometriode de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado, tumores epiteliales limítrofes de ovario (bajo potencial maligno) con implantes invasivos y tumor maligno del estroma del cordón sexual, tipos de sarcoma de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, sarcoma de Kaposi relacionado con el

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	SIDA, cáncer de útero, cáncer de endometrio, cáncer de vulva y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad que incluye corioidopatía polipoidea y subtipos de proliferación angiomasosa retiniana, edema macular después de la oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro, carcinoma hepatocelular.

NAGLAZYME

Productos Afectados

- Naglazyme

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la enfermedad de mucopolisacaridosis VI, el diagnóstico se confirmó mediante un ensayo de enzimas que demostró deficiencia en la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 4- sulfatasa (arilsulfatasa B), o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

NATPARA

Productos Afectados

- Natpara

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Hipoparatiroidismo grave después de la cirugía (dentro de los 6 meses después de cirugía) y recuperación prevista del hipoparatiroidismo.
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

NERLYNX

Productos Afectados

- Nerlynx

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

NEXAVAR

Productos Afectados

- NexAVAR

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el carcinoma de tiroides: La histología es folicular, papilar, de células de Hurthle o medular. En el caso de la leucemia mieloide aguda, se debe cumplir cualquiera de los siguientes: 1) El medicamento solicitado se usa en combinación con azactidine o decitabine para la terapia de inducción o posremisión del tratamiento de baja intensidad Y el paciente tiene 60 años de edad o más, con la mutación FLT3-ITD, O 2) La enfermedad es recidivante/refractaria Y el medicamento solicitado es un componente de la repetición de la inducción exitosa inicial si hay recaída tardía (mayor o igual a 12 meses), O 3) La enfermedad es recidivante/refractaria Y el medicamento solicitado se usa en combinación con azactidine o decitabine si el paciente tiene mutación FLT3-ITD positiva.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Leucemia mieloide aguda, sarcoma de tejidos blandos (angiosarcoma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva, tumor fibroso solitario y subtipos de hemangiopericitoma), tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma recurrente, cáncer de ovario epitelial, cáncer de trompas de Falopio, cáncer peritoneal primario.

NINLARO

Productos Afectados

- Ninlaro

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para mieloma múltiple: Se utilizará el medicamento solicitado en combinación con lenalidomide y dexamethasone O pomalidomide y dexamethasone O dexamethasone O cyclophosphamide y dexamethasone O como agente único.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	En el caso de amiloidosis sistémica de cadena ligera:

NITISINONE

Productos Afectados

- Nitisinone

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de tirosinemia hereditaria tipo 1: El diagnóstico de la tirosinemia hereditaria tipo 1 es confirmado por una de las siguientes pruebas: 1) Prueba bioquímica (por ejemplo, detección de succinilacetona en la orina), o 2) Prueba de ADN (análisis de mutación).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

NORTHERA

Productos Afectados

- Northera

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de hipotensión ortostática neurogénica (NOH): Antes de la terapia inicial, el paciente tiene una disminución persistente y consistente de la presión arterial sistólica de al menos 20 mmHg O una disminución de la presión arterial diastólica de al menos 10 mmHg dentro de los 3 minutos de estar de pie. Para la continuación de terapia para NOH, el paciente debe experimentar una disminución sostenida del mareo. Tanto para la terapia inicial y continuación de la terapia para NOH, se utilizará el medicamento solicitado en pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada con uno de los siguientes diagnósticos: 1) Fallo autonómico primario debido a enfermedad de Parkinson, atrofia de múltiples sistemas o fracaso autonómico puro, O 2) Deficiencia de beta-hidroxi-lasa de la dopamina, O 3) Neuropatía autónoma no diabética.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	3 meses
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

NUBEQA

Productos Afectados

- Nubeqa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

NUEDEXTA

Productos Afectados

- Nuedexta

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

NUPLAZID

Productos Afectados

- Nuplazid, Cápsula Oral
- Nuplazid, Tableta Oral, 10 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de alucinaciones y delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe realizarse antes de la aparición de los síntomas psicóticos.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

OCTREOTIDE

Productos Afectados

- Octreotide Acetate, Solución inyectable
100 MCG/ML, 1000 MCG/ML, 200
MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la acromegalia (inicial): 1) El paciente tiene un nivel alto de insulina como aumento del factor-1 (IGF-1), antes del tratamiento, para su edad y/o género según el rango de referencia del laboratorio, y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O hay una razón clínica por la cual el paciente no se ha sometido a cirugía o radioterapia.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	En el caso de la acromegalia (continuación de la terapia): el nivel IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio de la terapia.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Meningiomas, timomas y carcinomas tímicos, tumores neuroendocrinos (NET) del tracto gastrointestinal (GI), pulmón, timo (tumores carcinoides) o gastrinoma primario irresecable, NET del páncreas y feocromocitoma/paraganglioma.

ODOMZO

Productos Afectados

- Odomzo

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

OFEV

Productos Afectados

- Ofev

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

OGIVRI

Productos Afectados

- Ogivri

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Terapia neoadyuvante para cáncer de mama: 6 meses. Otro: Plan anual.
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo. En el caso de indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de indicación que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de la receta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama de factor de crecimiento epidérmico humano receptor 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente HER2, metástasis leptomenígeas de cáncer de mama, cáncer de esófago y unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado y recurrente HER2 positivo, cáncer colorrectal amplificado con HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.

OMNIPOD

Productos Afectados

- OmniPod Paquete de 5
- OmniPod Starter
- OmniPod Dash Paquete de 5 almohadillas

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El paciente tiene diabetes y requiere un control de la insulina con múltiples inyecciones diarias Y 2) El paciente se controla los niveles de glucosa 4 o más veces al día Y 3) El paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes problemas con el régimen actual de diabetes: control inadecuado de la glucemia, hipoglucemia recurrente, grandes fluctuaciones de la glucosa en la sangre, fenómeno del alba con hiperglucemia persistente grave en las primeras horas de la mañana y oscilaciones glucémicas graves.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Para continuar el tratamiento con una bomba de insulina, el paciente debe presentar un control glucémico estable o mejorado.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ONTRUZANT

Productos Afectados

- Ontruzant

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Terapia neoadyuvante para cáncer de mama: 6 meses. Otro: Plan anual.
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo. En el caso de indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de indicación que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de la receta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama de factor de crecimiento epidérmico humano receptor 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente HER2, metástasis leptomenígeas de cáncer de mama, cáncer de esófago y unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado y recurrente HER2 positivo, cáncer colorrectal amplificado con HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.

ONUREG

Productos Afectados

- Onureg

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

OPSUMIT

Productos Afectados

- Opsumit

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Organización Mundial de la Salud [WHO] Grupo 1): El diagnóstico fue confirmado por cateterización cardíaca derecha. En el caso de PAH, solo para nuevos pacientes: 1) Pretratamiento significa que la presión arterial pulmonar es superior o igual a 25 mmHg, 2) Pretratamiento significa que la presión capilar pulmonar enclavada es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) Pretratamiento significa que la resistencia pulmonar vascular es superior a 3 unidades Wood.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ORAL-INTRANASAL FENTANYL

Productos Afectados

- FentaNYL Citrate, Pastilla Oral con Aplicador

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El medicamento solicitado está indicado solo para el tratamiento del dolor recurrente relacionado con el CÁNCER. El medicamento solicitado se receta para el manejo del dolor irruptivo en el paciente con CÁNCER que actualmente está recibiendo tratamiento con opiáceos las 24 horas del día para el dolor subyacente al CÁNCER. [Nota: Asegúrese de que el paciente sea tolerante a los opioides. Los pacientes considerados tolerantes a los opioides son aquellos que están recibiendo medicamentos las 24 horas del día que consiste en al menos 60 mg de morphine oral por día, al menos 25 mg por horas de fentanyl transdérmico, al menos de 30 mg de oxycodone oral por día, al menos 60 mg de hydrocodone oral por día, al menos 8 mg de hydromorphone oral por día, al menos 25 mg de oxymorphone oral por día, o una dosis equianalgésica de otro medicamento opioide diariamente durante una semana o más]. Y 2) El código de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) proporcionado respalda el diagnóstico RELACIONADO CON EL CÁNCER. [Nota: Para la aprobación de la cobertura de los medicamentos, el código de diagnóstico ICD proporcionado DEBE respaldar el diagnóstico RELACIONADO CON EL CÁNCER].
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ORGOVYX

Productos Afectados

- Orgovyx

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ORKAMBI

Productos Afectados

- Orkambi

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la fibrosis quística (CF): El paciente es positivo para la mutación F508del en ambos alelos del gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR).
Restricciones de Edad	2 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	En el caso de la fibrosis quística (CF): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

OSPHERA

Productos Afectados

- Ospheña

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

OXANDROLONE

Productos Afectados

- Oxandrolone, Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 meses
Otros Criterios	La cobertura será denegada si la solicitud es para una indicación excluida de la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	La caquexia asociada al SIDA (emaciación por VIH) o para mejorar el crecimiento en pacientes con el síndrome de Turner.

PANRETIN

Productos Afectados

- Panretin

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las Indicaciones aprobadas por la FDA. Algunas Indicaciones Médicas aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación	Tratamiento tópico de lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado con el SIDA

PEGASYS

Productos Afectados

- Pegasys ProClick, Solución Subcutánea, 180 MCG/0.5ML
- Solución Subcutánea de Pegasys

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de hepatitis C crónica (CHC): Infección por CHC confirmada por la presencia de HCV ARN en suero antes de empezar el tratamiento. Régimen de tratamiento planeado, genotipo, historial de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Escala Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia donde aplique, estado del trasplante de hígado y riñón si aplica. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las actuales directrices de tratamiento de AASLD-IDSA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	HCV = Los criterios se aplicarán de acuerdo con la orientación actual de la AASLD-IDSA. HBV=48 semanas. Otro = plan anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Neoplasia mieloproliferativa (trombocitemia esencial, policitemia vera, mielofibrosis primaria y mielofibrosis post policitemia vera o post trombocitemia esencial), mastocitosis sistémica.

PEMAZYRE

Productos Afectados

- Pemazyre

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

PHENYL BUTYRATE

Productos Afectados

- Sodium Phenylbutyrate, Polvo Oral 3 GM/TSP
- Sodium Phenylbutyrate, Tableta Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso del trastorno del ciclo de la urea: Diagnóstico de trastorno del ciclo de la urea (UCD, urea cycle disorder), se confirmó por prueba enzimática, bioquímica o genética.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

PHESGO

Productos Afectados

- Phesgo

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Terapia neoadyuvante para cáncer de mama: 6 meses. Otro: Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA.
Usos no especificados	

PIQRAY

Productos Afectados

- Piqray, (Dosis diaria de 200 MG)
- Piqray, (Dosis diaria de 250 MG)
- Piqray, (Dosis diaria de 300 MG)

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Receptor hormonal recurrente (HR) positivo, factor de crecimiento epidérmico humano receptor 2 (HER2) negativo, cáncer de mama mutado en PIK3CA en combinación con fulvestrant.

POMALYST

Productos Afectados

- Pomalyst

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para mieloma múltiple: El paciente ha recibido anteriormente al menos dos terapias previas para el mieloma múltiple, incluyendo un agente inmuno modulador Y un inhibidor de proteasoma. En el caso del sarcoma de Kaposi, el paciente cumple una de las siguientes condiciones: 1) el paciente tiene el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o 2) es negativo para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA. Algunas indicaciones son medicamento aceptadas.
Usos no especificados	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS).

PRALUENT

Productos Afectados

- Praluent, Solución Subcutánea, Inyector Automático

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

PROMACTA

Productos Afectados

- Promacta

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>Para trombocitopenia inmune crónica o persistente (ITP, inmune thrombocytopenia): 1) Para los nuevos pacientes: a) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o es intolerante a la terapia previa como corticosteroides o inmunoglobulina, Y b) El conteo de plaquetas (plt) sin hacer la transfusión en cualquier momento antes de iniciar el medicamento solicitado es de 30,000/mcL O 30,000-50,000/mcL con sangrado sintomático o factor(es) de riesgo de sangrado. 2) Para la continuación de la terapia, respuesta del conteo de plaquetas al medicamento solicitado: a) El conteo de plaquetas actual es menor o equivalente a 200,000/mcL O b) El conteo de plaquetas actual es mayor a 200,000/mcL y la dosis se ajustará a un conteo de plaquetas suficiente para evitar un sangrado clínico importante. Para trombocitopenia asociada con hepatitis C crónica: 1) Para nuevos pacientes: el medicamento solicitado se utiliza para iniciar y mantener la terapia en base a interferón. 2) Para la continuación de la terapia: el paciente está recibiendo terapia en base a interferón. Para anemia aplásica severa (AA): Para la continuación de la terapia después de la aprobación inicial de 6 meses para la anemia aplásica grave: El paciente debe cumplir uno de los siguientes: 1) El conteo de plaquetas actual es 50,000-200,000/mcL, O 2) El conteo de plaquetas actual es menor a 50,000/mcL y el paciente no ha recibido una terapia con dosis ajustada de forma apropiada durante al menos 16 semanas, O 3) El conteo de plaquetas actual es menor a 50,000/mcL y el paciente es dependiente de transfusiones, O 4) El conteo de plaquetas actual es mayor a 200,000/mcL y la dosis se ajustará para lograr y mantener un conteo objetivo de plaquetas adecuado.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	HCV: 6 meses, ITP/AA inicial: 6 meses, ITP reautorizado: Plan Anual, AA reautorizado: APR Plan Anual , IPR 16 semanas

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Otros Criterios	APR: respuesta de plaquetas adecuada (mayor a 50,000/mcL), IPR: respuesta de plaquetas inadecuada (menor a 50,000/mcL)
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

PULMOZYME

Productos Afectados

- Pulmozyme

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la fibrosis quística: El diagnóstico de la fibrosis quística fue confirmado mediante pruebas diagnósticas o genéticas apropiadas.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

QINLOCK

Productos Afectados

- Qinlock

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

QUETIAPINE XR

Productos Afectados

- QUETiapine Fumarate ER

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de esquizofrenia, tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I, tanto en monoterapia y como complemento de lithium o divalproex, el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar, tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I, como complemento del lithium o divalproex, tratamiento adjunto del trastorno depresivo mayor o tratamiento de monoterapia de mantenimiento en el trastorno bipolar I: El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes medicamentos: aripiprazole, lurasidone, olanzapine, paliperidone, quetiapine de liberación inmediata, risperidone o ziprasidone
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tratamiento en monoterapia de mantenimiento en el trastorno bipolar I, tratamiento en monoterapia del trastorno de ansiedad generalizada, tratamiento en monoterapia del trastorno depresivo mayor

QUININE SULFATE

Productos Afectados

- QuiNINE Sulfate, Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	1 mes
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Babesiosis, malaria por Plasmodium vivax no complicada

REGRANEX

Productos Afectados

- Regranex

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el tratamiento de úlceras neuropáticas por diabetes en extremidades bajas que se extienden hasta el tejido subcutáneo o más allá y tienen un suministro adecuado de sangre.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	20 semanas
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

RELISTOR INJ

Productos Afectados

- Solución Subcutánea de Relistor

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El medicamento solicitado se receta para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente adulto con enfermedad avanzada o dolor causado por cáncer activo que requiere escalamiento de dosis de opioides para cuidado paliativo, O 2) El medicamento requerido se receta para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer, incluyendo dolor crónico relacionado con un cáncer anterior o su tratamiento, quien no requiere escalación de dosis de opioides frecuente (por ejemplo, semanal), Y 3) El paciente no puede tolerar medicamentos orales, O 4) Se ha probado con un medicamento oral recetado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer. (Nota: Un ejemplo de un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides incluye Movantik) Y 5) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer. (Nota: Un ejemplo de un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides incluye Movantik) O 6) El paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente adulto con dolor crónico que no es cáncer. (Nota: Un ejemplo de un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides incluye Movantik).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	4 meses
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Usos fuera de indicación	

REMICADE

Productos Afectados

- Remicade

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>Para la enfermedad de Crohn activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) El paciente tiene enfermedad fistulizante, O 2) Respuesta inadecuada a por lo menos una terapia convencional (p. ej., corticosteroids), O 3) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional. En el caso de colitis ulcerativa moderada a gravemente activa (únicamente a nuevos pacientes): 1) Respuesta inadecuada a por lo menos una terapia convencional (por ejemplo, corticosteroids, aminosalicylates) O 2) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional. Para artritis reumatoide activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes: a) el medicamento solicitado se usará en combinación con methotrexate (MTX) o leflunomide O b) intolerancia o contraindicación a MTX o leflunomide Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético dirigido. Para espondilitis anquilosante activa (solo para nuevos pacientes): Respuesta inadecuada a un ensayo con medicamentos no esteroides antiinflamatorios (NSAID) O intolerancia o contraindicación a los NSAID. Para la psoriasis crónica en placas de moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) Por lo menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, zonas intertriginosas) están afectadas al momento del diagnóstico, Y 2) El paciente cumple con ALGUNO de los siguientes criterios: a) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, cyclosporine o acitretin, O b) Está contraindicado el tratamiento farmacológico con MTX, cyclosporine o acitretin, O c) El paciente presenta psoriasis grave que requiere un DMARD biológico como terapia de primera línea. En el caso de hidradenitis supurativa (solo para nuevos pacientes): el paciente tiene enfermedad refractaria grave. Para la uveítis (solo para nuevos pacientes): Respuesta inadecuada o intolerancia, o tiene una contraindicación para un ensayo de terapia inmunosupresora para la uveítis.</p>

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	En el caso de indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de indicación que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Renflexis y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de la receta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Síndrome de Behcet, granulomatosis con poliangeítis (granulomatosis de Wegener), hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenosa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.

RENFLEXIS

Productos Afectados

- Renflexis

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>Para la enfermedad de Crohn activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) El paciente tiene enfermedad fistulizante, O 2) Respuesta inadecuada a por lo menos una terapia convencional (p. ej., corticosteroids), O 3) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional. En el caso de colitis ulcerativa moderada a gravemente activa (únicamente a nuevos pacientes): 1) Respuesta inadecuada a por lo menos una terapia convencional (por ejemplo, corticosteroids, aminosalicylates) O 2) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional. Para artritis reumatoide activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes: a) el medicamento solicitado se usará en combinación con methotrexate (MTX) o leflunomide O b) intolerancia o contraindicación a MTX o leflunomide Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético dirigido. Para espondilitis anquilosante activa (solo para nuevos pacientes): Respuesta inadecuada a un ensayo con medicamentos no esteroides antiinflamatorios (NSAID) O intolerancia o contraindicación a los NSAID. Para la psoriasis crónica en placas de moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) Por lo menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, zonas intertriginosas) están afectadas al momento del diagnóstico, Y 2) El paciente cumple con ALGUNO de los siguientes criterios: a) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, cyclosporine o acitretin, O b) Está contraindicado el tratamiento farmacológico con MTX, cyclosporine o acitretin, O c) El paciente presenta psoriasis grave que requiere un DMARD biológico como terapia de primera línea. En el caso de hidradenitis supurativa (solo para nuevos pacientes): el paciente tiene enfermedad refractaria grave. Para la uveítis (solo para nuevos pacientes): Respuesta inadecuada o intolerancia, o tiene una contraindicación para un ensayo de terapia inmunosupresora para la uveítis.</p>

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Síndrome de Behcet, granulomatosis con poliangeítis (granulomatosis de Wegener), hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenosa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.

RETEVMO

Productos Afectados

- Retevmo

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de cáncer de pulmón de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todos los requisitos que se indican a continuación: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, y 2) El tumor presenta fusión del gen RET positiva o reorganización durante la transfección (RET) positiva.
Restricciones de Edad	Cáncer de pulmón de células no pequeñas: 18 años de edad o mayor. Cáncer medular de tiroides y cáncer de tiroides: 12 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Recurrente o con reorganización durante la transfección (RET) avanzada, o cáncer de pulmón de células no pequeñas con reorganización positiva

REVLIMID

Productos Afectados

- Revlimid

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el síndrome mielodisplásico (MDS): MDS de riesgo bajo a intermedio-1 con anemia sintomática según la escala del International Prognostic Scoring System (IPSS)
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones son medicamento aceptadas.
Usos no especificados	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin anomalía citogenética por supresión del cromosoma 5q, anemia asociada a mielofibrosis, síndrome de POEMS, neoplasias mieloproliferativas, linfoma no hodgkiniano con los siguientes subtipos: linfoma difuso de células B grandes relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), trastorno linfoproliferativo postrasplante monomórfico, leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma de linfocitos pequeños (SLL), linfoma difuso de células B grandes, linfoma cutáneo primario de células B, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfoma/leucemia de células T en adultos, micosis fungoide (MF)/síndrome de Sezary (SS), linfoma angioinmunoblástico de células T (AITL), linfoma periférico de células T no especificado (PTCL NOS), linfoma de células T asociado a enteropatía, linfoma intestinal de células T monomórfico epiteliotrópico, linfoma periférico de células T nodal, linfoma cutáneo primario anaplásico de células grandes (ALCL), linfoma

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	hepatoesplénico de células T gamma-delta, linfomas de células B de alto grado.

REZUROCK

Productos Afectados

- Rezurock

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de edad	12 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

RIABNI

Productos Afectados

- Riabni

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para artritis reumatoide activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes: 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: a) respuesta inadecuada, intolerancia , o contraindicación para MTX O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético dirigido. Las malignidades hematológicas deben ser CD20 positivas. Para esclerosis múltiple: 1) El paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante-remitente, Y 2) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de enfermedad indicados para esclerosis múltiples a pesar de una duración adecuada de tratamiento.
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Toxicidad relacionada con el inhibidor del punto de control inmunitario: 3 meses, Todos los demás: Año del Plan
Otros Criterios	En el caso de indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de indicación que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable para ambos, Truxima Y Ruxience, y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de la receta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de la indicación	Subtipos de linfomas no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (tejido linfoide

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	<p>nodal, esplénico y asociado a la mucosa gástrica [MALT], MALT no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma cutáneo primario de célula B, linfoma de células B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 y/o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de células B de alto grado no especificado, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD)], púrpura trombocitopenia idiopática (ITP) o refractaria inmune, anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de injerto contra huésped crónica (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopenia trombótica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin (predominante del linfocito nodular), linfoma primario del CNS, metástasis leptomeníngeas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención de PTLD por virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple, toxicidad relacionada con el inhibidor del punto de control inmunitario.</p>

RINVOQ

Productos Afectados

- Rinvoq

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para artritis reumatoide activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a methotrexate (MTX) O 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de enfermedad (DMARD) biológico anterior o a un DMARD sintético específico.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

RITUXAN

Productos Afectados

- Rituxan, Solución Intravenosa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para artritis reumatoide activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes: 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: a) respuesta inadecuada, intolerancia , o contraindicación para MTX O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético dirigido. Las malignidades hematológicas deben ser CD20 positivas. Para esclerosis múltiple: 1) El paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante-remitente, Y 2) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de enfermedad indicados para esclerosis múltiples a pesar de una duración adecuada de tratamiento.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Toxicidad relacionada con el inhibidor del punto de control inmunitario: 3 meses, Todos los demás: Plan Anual
Otros Criterios	En el caso de indicaciones aprobadas por la FDA y usos fuera de indicación que se superponen: el paciente tuvo un evento adverso intolerable para ambos, Truxima Y Ruxience, y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de la receta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Subtipos de linfomas no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (tejido linfoide

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	<p>nodal, esplénico y asociado a la mucosa gástrica [MALT], MALT no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma cutáneo primario de célula B, linfoma de células B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 y/o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de células B de alto grado no especificado, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD)], púrpura trombocitopenia idiopática (ITP) o refractaria inmune, anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de injerto contra huésped crónica (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopenia trombótica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin (predominante del linfocito nodular), linfoma primario del CNS, metástasis leptomeníngicas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención de PTLD por virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple, toxicidad relacionada con el inhibidor del punto de control inmunitario.</p>

RITUXAN HYCELA

Productos Afectados

- Rituxan Hycela

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Las malignidades deben ser CD20 positivas. El paciente debe recibir al menos una dosis completa de un producto de rituximab a través de infusión intravenosa sin experimentar reacciones adversas severas.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Linfoma de células B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), linfoma de Burkitt, enfermedad de Castleman (CD), linfoma de célula B de alto grado, linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica (MALT), linfoma de células del manto, linfoma de zona marginal nodal, linfoma MALT no gástrico, linfoma cutáneo primario de célula B (por ejemplo, linfoma cutáneo primario de la zona marginal o linfomas cutáneos del centro folicular), trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma esplénico de zona marginal.

ROZLYTREK

Productos Afectados

- Rozlytrek

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

RUBRACA

Productos Afectados

- Rubraca

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

RUXIENCE

Productos Afectados

- Ruxience

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para artritis reumatoide activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes: 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: a) respuesta inadecuada, intolerancia , o contraindicación para MTX O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético dirigido. Las malignidades hematológicas deben ser CD20 positivas. Para esclerosis múltiple: 1) El paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante-remitente, Y 2) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de enfermedad indicados para esclerosis múltiples a pesar de una duración adecuada de tratamiento.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Toxicidad relacionada con el inhibidor del punto de control inmunitario: 3 meses, Todos los demás: Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Subtipos de linfomas no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (tejido linfoide nodal, esplénico y asociado a la mucosa gástrica [MALT], MALT no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma cutáneo primario de célula B, linfoma de células B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 y/o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de células B de alto grado

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	<p>no especificado, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD)], púrpura trombocitopenia idiopática (ITP) o refractaria inmune, anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de injerto contra huésped crónica (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopenia trombótica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin (predominante del linfocito nodular), linfoma primario del CNS, metástasis leptomeníngeas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención de PTLD por virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple, toxicidad relacionada con el inhibidor del punto de control inmunitario y pénfigo vulgar.</p>

RYDAPT

Productos Afectados

- Rydapt

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de leucemia mieloide aguda (AML), AML debe ser positiva a la mutación FLT3.
Restricciones de Edad	18 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Leucemia mieloide aguda recidivante o refractaria.

SAVELLA

Productos Afectados

- Savella
- Savella, paquete de ajuste de dosis

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación para la duloxetine o pregabalin.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

SIGNIFOR

Productos Afectados

- Signifor

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

SILDENAFIL

Productos Afectados

- Sildenafil Citrate, Tableta Oral, 20 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Organización Mundial de la Salud [WHO] Grupo 1): El diagnóstico fue confirmado por cateterización cardíaca derecha. En el caso de PAH, solo para nuevos pacientes: 1) Pretratamiento significa que la presión arterial pulmonar es superior o igual a 25 mmHg, 2) Pretratamiento significa que la presión capilar pulmonar enclavada es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) Pretratamiento significa que la resistencia pulmonar vascular es superior a 3 unidades Wood.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

SIRTURO

Productos Afectados

- Sirturo

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	El medicamento solicitado se prescribe para el tratamiento de infección latente originada por Mycobacterium tuberculosis, tuberculosis sensible a medicamentos, tuberculosis extrapulmonar o infección causada por la micobacteria no tuberculosa.
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 meses
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA.
Usos no especificados	

SKYRIZI

Productos Afectados

- Skyrizi (dosis de 150 mg)

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para psoriasis en placas moderada a severa (solo nuevos comienzos): 1) Por lo menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada, O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, zonas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) El paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: a) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) Está contraindicado el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, c) El paciente presenta psoriasis grave que justifica un medicamento biológico antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal (BSA) o áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

SOMATULINE DEPOT

Productos Afectados

- Somatuline Depot, Solución subcutánea
120 MG/0.5 ML, 60 MG/0.2 ML, 90
MG/0.3 ML

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la acromegalia (inicial): 1) El paciente tiene un nivel alto de insulina como aumento del factor-1 (IGF-1), antes del tratamiento, para su edad y/o género según el rango de referencia del laboratorio, y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O hay una razón clínica por la cual el paciente no se ha sometido a cirugía o radioterapia.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	En el caso de continuación de la terapia de la acromegalia: el nivel IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio de la terapia.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tumores neuroendocrinos (NET) del tracto gastrointestinal (GI), pulmón, timo (tumores carcinoides) o gastrinoma primario irreseccable, NET del páncreas y feocromocitoma/paraganglioma.

SOMAVERT

Productos Afectados

- Somavert

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la acromegalia (inicial): 1) El paciente tiene un nivel alto de insulina como aumento del factor-1 (IGF-1), antes del tratamiento, para su edad y/o género según el rango de referencia del laboratorio, y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O hay una razón clínica por la cual el paciente no se ha sometido a cirugía o radioterapia.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	En el caso de continuación de la terapia de la acromegalia: el nivel IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio de la terapia.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

SOVALDI

Productos Afectados

- Sovaldi, Tableta oral, 400 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Infección crónica por hepatitis C confirmada por la presencia de HCV RNA en el suero previo al tratamiento. Régimen de tratamiento planeado, genotipo, historial de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Escala Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección de VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia (p. ej., NS3 Q80K polimorfismo) donde aplique, estatus del trasplante de hígado y riñón si aplica. Para pacientes con infección de genotipo 1, 2, 3, o 4 y carcinoma hepatocelular que esperan un trasplante de hígado: deben cumplir los criterios de MILÁN. Las condiciones de cobertura y la duración específica de la aprobación se basarán en los lineamientos vigentes del tratamiento AASLD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la orientación actual de la AASLD-IDSA.
Otros Criterios	Los criterios MILÁN se definen como: 1) tumor de 5 cm o menos de diámetro en pacientes con carcinoma hepatocelular único, O BIEN, 3 nódulos tumorales o menos, cada uno de 3 cm o menos de diámetro en pacientes con tumores múltiples, y 2) no hay manifestaciones extrahepáticas de cáncer o evidencia de invasión vascular del tumor.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Infección crónica por hepatitis C de genotipo 5 o 6

SPRYCEL

Productos Afectados

- Sprycel

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de leucemia mieloide crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda (ALL), el diagnóstico fue confirmado mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL. Para CML, el paciente cumple una de las siguientes condiciones: 1) el paciente recibió un trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) el paciente padece CML en fase acelerada o blástica, O 3) para CML en fase crónica, el paciente (incluido el recién diagnosticado) cumple con uno de los siguientes criterios: a) tiene 21 años de edad o menos, o b) tiene riesgo alto o intermedio de progreso de la enfermedad, o c) tiene riesgo bajo de progreso de la enfermedad y ha experimentado una resistencia, intolerancia o toxicidad al imatinib o a un inhibidor de la tirosina quinasa alternativo. Si el paciente ha experimentado resistencia al imatinib o a un inhibidor de la tirosina quinasa alternativo para el CML, el paciente es negativo para la mutación T315I. En el caso de tumores del estroma gastrointestinal (GIST), el paciente debió haber progresado con imatinib, sunitinib, o regorafenib.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), condrosarcoma metastásico, cordoma recurrente

STELARA

Productos Afectados

- Stelara, Solución subcutánea 45 MCG/0.5ML
- Stelara, Solución subcutánea, Jeringa Precargada

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la psoriasis en placas de moderada a grave (solo para nuevos pacientes): al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas del cuerpo cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	En el caso de psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos pacientes): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa). En el caso de artritis psoriásica (PsA) (nuevos pacientes): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la enfermedad de Crohn de moderada a severamente activa (nuevos pacientes): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a Humira (adalimumab). En el caso de colitis ulcerosa de moderada a severamente activa (nuevos pacientes): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación tanto a Humira (adalimumab) como a Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

STIVARGA

Productos Afectados

- Stivarga

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de tumores del estroma gastrointestinal: La enfermedad es progresiva, localmente avanzada, irresecable o metastásica.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tumores progresivos del estroma gastrointestinal (GIST), sarcoma de tejido blando retroperitoneal/intraabdominal, rabdomiosarcoma y sarcomas de tejido blando de las extremidades, superficie del tronco, cabeza y cuello, cáncer colorrectal avanzado o irresecable.

SUTENT

Productos Afectados

- Sutent

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de carcinoma de células renales, se debe cumplir cualquiera de los siguientes criterios: 1) La enfermedad es recidivante o metastásica, O 2) El paciente está en alto riesgo de reincidir en la enfermedad después de la nefrectomía.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Carcinoma de tiroides (folicular, medular, papilar y de células de Hurthle), sarcoma de tejidos blandos (angiosarcoma, subtipos de tumor fibroso solitario y hemangiopericitoma), tumor del estroma gastrointestinal, cordoma recurrente, carcinoma tímico.

SYMDEKO

Productos Afectados

- Symdeko

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la fibrosis quística (CF): El paciente es positivo para la mutación F508del en ambos alelos del gen del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) O el paciente tiene una mutación en el gen CFTR que responde a la potenciación de tezacaftor/ivacaftor basada en datos de ensayos clínicos y/o in vitro.
Restricciones de Edad	6 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

SYMPAZAN

Productos Afectados

- Sympazan

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	2 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

SYNRIBO

Productos Afectados

- Synribo

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Terapia de seguimiento para pacientes con CML después de un trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT).

TABRECTA

Productos Afectados

- Tabrecta

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para NSCLC metastásico, avanzado o recurrente: El tumor es positivo para el salto de mutación del exón 14 de la transición mesenquimal epitelial (MET).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente o avanzado.

TADALAFIL (PAH)

Productos Afectados

- Adcirca
- Alyq
- Tadalafil (PAH)

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Organización Mundial de la Salud [WHO] Grupo 1): El diagnóstico fue confirmado por cateterización cardíaca derecha. En el caso de PAH, solo para nuevos pacientes: 1) Pretratamiento significa que la presión arterial pulmonar es superior o igual a 25 mmHg, 2) Pretratamiento significa que la presión capilar pulmonar enclavada es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) Pretratamiento significa que la resistencia pulmonar vascular es superior a 3 unidades Wood.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TAFINLAR

Productos Afectados

- Tafinlar

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de metástasis cerebrales de melanoma o para tratamiento adyuvante, el tumor es positivo para una mutación activadora de BRAF V600 y se utilizará el medicamento solicitado en combinación con trametinib. En el caso de melanoma no resecable o metastásico, el tumor es positivo para una mutación activadora de BRAF V600 y se utilizará el medicamento solicitado como agente único en combinación con trametinib. En el caso de cáncer pulmonar de célula no pequeña, el tumor es positivo para una mutación de BRAF V600E y se utilizará como agente único o en combinación con trametinib. En el caso de carcinoma tiroideo, el tumor es positivo para una mutación activadora BRAF con la histología papilar, folicular o de Hurthle. En el caso de cáncer colorrectal avanzado o metastásico irresecable, el tumor es positivo para una mutación activadora de BRAF V600E.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Metástasis cerebrales de melanoma, carcinoma tiroideo (carcinoma papilar, carcinoma folicular y carcinoma de células de Hurthle), cáncer colorrectal.

TAGRISSO

Productos Afectados

- Tagrisso

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de NSCLC recurrente, avanzado o metastásico (incluidas las metástasis cerebrales de NSCLC), el paciente debe tener una mutación de EGFR sensibilizante.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente o avanzado, metástasis cerebrales de NSCLC sensibilizante con mutación EGFR positiva, metástasis cerebrales de NSCLC con mutación EGFR T790M positiva.

TALTZ

Productos Afectados

- Taltz

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para psoriasis en placas moderada a severa (solo nuevos comienzos): Por lo menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada, o áreas cruciales del cuerpo (por ejemplo, pies, manos, cara, cuello, ingle, zonas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico.
Restricciones de Edad	En el caso de psoriasis en placas: 6 años de edad o mayor. Otro: 18 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	En el caso de psoriasis en placas de moderada a grave (solo para nuevos pacientes): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa). En el caso de espondilitis anquilosante activa (solo para nuevos pacientes): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a Enbrel (etanercept) o Humira (adalimumab). En el caso de artritis psoriásica (PsA) (solo para nuevos pacientes): el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). En el caso de espondiloartritis axial activa (solo para nuevos pacientes): El paciente cumple con cualquiera de las siguientes condiciones: 1) tiene una respuesta inadecuada a un ensayo con medicamentos no esteroides antiinflamatorios (NSAID) O 2) tiene una intolerancia o contraindicación a los NSAID.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TALZENNA

Productos Afectados

- Talzenna

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer de mama mutado en la 1/2 línea germinal BRCA, recurrente.

TASIGNA

Productos Afectados

- Tassigna

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de leucemia mieloide crónica (CML) o leucemia linfoblástica aguda (ALL), el diagnóstico fue confirmado mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL. Para CML, el paciente cumple una de las siguientes condiciones: 1) el paciente recibió un trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) el paciente padece CML en fase acelerada o blástica, O 3) para CML en fase crónica, el paciente (incluido el recién diagnosticado) cumple con uno de los siguientes criterios: a) tiene 18 años de edad o menos, b) tiene riesgo alto o intermedio de progreso de la enfermedad, o c) tiene riesgo bajo de progreso de la enfermedad y ha experimentado una resistencia, intolerancia o toxicidad al imatinib o a un inhibidor de la tirosina quinasa alternativo. Si el paciente ha experimentado resistencia al imatinib o a un inhibidor de la tirosina quinasa alternativo para el CML, el paciente es negativo para la mutación T315I. Para GIST, el paciente debió haber progresado con imatinib, sunitinib o regorafenib.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (Ph+ ALL), tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

TAZAROTENE

Productos Afectados

- Tazarotene, para uso externo
- Tazorac, Crema para uso externo, 0.05 %

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la psoriasis en placas, el medicamento solicitado se está recetando para tratar en menos del 20 % de la superficie corporal del paciente.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TAZVERIK

Productos Afectados

- Tazverik

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	Sarcoma epitelioides: de 16 años de edad o más, EGPA: 18 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TECENTRIQ

Productos Afectados

- Tecentriq

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de carcinoma urotelial, el paciente cumple uno de los siguientes: 1) El paciente no es elegible para la terapia con cisplatino y los tumores expresan PD-L1, O 2) El paciente no es elegible para ninguna quimioterapia que contenga platino, O 3) El medicamento solicitado se usará como terapia posterior después de la quimioterapia que contiene platino. En el caso de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: 1) El medicamento solicitado se usará como tratamiento para el NSCLC Y los pacientes con EGFR o ALK positivo deben haber recibido terapia previa con EGFR o ALK, O 2) El medicamento solicitado se usará como terapia de mantenimiento de continuación cuando se logre la respuesta tumoral o la enfermedad esté estable después de la terapia sistémica inicial, O 3) El medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior para el NSCLC recurrente, avanzado o metastásico.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TECFIDERA

Productos Afectados

- Tecfidera

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA.
Usos no especificados	

TEMAZEPAM 30MG

Productos Afectados

- Temazepam, Cápsula oral, 30 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) Se ha probado el medicamento alternativo no HRM (medicación que no es de alto riesgo) doxepina (3 mg o 6 mg) Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a la no HRM (medicación que no es de alto riesgo) medicamento alternativo doxepina (3 mg o 6 mg) Y 3) El beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera el riesgo potencial en un paciente de 65 años o más. O 4) El paciente tiene una contraindicación para el medicamento alternativo doxepina (3 mg o 6 mg) que no es HRM (medicación que no es de alto riesgo) Y 5) El beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera el riesgo potencial en un paciente de 65 años. mayor de edad.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a los pacientes de 65 años de edad o mayores. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a una dosis reducida o utilizarlo con precaución o bajo cuidado supervisado).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TEPMETKO

Productos Afectados

- Tepmetko

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

TETRABENAZINE

Productos Afectados

- Tetrabenazine

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso del tratamiento de corea asociada con la enfermedad de Huntington y discinesia tardía: El paciente debe tener una respuesta inadecuada previa o un evento adverso intolerable con la terapia de deutetrabenazine. En el caso del tratamiento de la discinesia tardía: El paciente debe tener una respuesta inadecuada previa o un evento adverso intolerable con la terapia de deutetrabenazine.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tics crónicos, discinesia tardía, hemiballismus, corea no asociada con la enfermedad de Huntington.

TETRACYCLINE

Productos Afectados

- Tetracycline HCl Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	El paciente utilizará el medicamento solicitado de manera oral.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

THALOMID

Productos Afectados

- Thalomid

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para caquexia: La caquexia debe ser causada por cáncer o por infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Para sarcoma Kaposi: El paciente tiene una infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Anemia relacionada con la mielofibrosis, estomatitis aftosa recurrente, úlceras aftosas recurrentes asociadas al VIH, caquexia, diarrea asociada al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sarcoma de Kaposi, síndrome de Behcet, enfermedad de injerto contra huésped crónico, enfermedad de Crohn, enfermedad de Castleman multicéntrica.

TIBSOVO

Productos Afectados

- Tibsovo

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para la leucemia mieloide aguda (AML) con una mutación susceptible de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1), 1) el paciente tiene AML recién diagnosticada y cumple con uno de los siguientes: a) 75 años de edad o más, b) el paciente tiene comorbilidades que excluyen el uso de quimioterapia de inducción intensiva, o c) el paciente tiene 60 años de edad o más y rechaza la quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el paciente tiene 60 años de edad o más y el medicamento solicitado se usará como terapia posterior a la remisión después de la respuesta a terapia de menor intensidad con el mismo régimen, O 3) el paciente tiene AML recidivante o refractaria.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TOBRAMYCIN

Productos Afectados

- Tobramycin, solución para inhalación por nebulización 300 MG/5 ML

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la fibrosis quística y la bronquiectasia no quística, el paciente debe cumplir uno de los siguientes criterios: 1) Pseudomonas aeruginosa está presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente O 2) el paciente tiene antecedentes de infección por Pseudomonas aeruginosa o colonización de las vías respiratorias.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA. Algunas indicaciones son medicamento aceptadas.
Usos no especificados	bronquiectasia no quística

LIDOCAINE TÓPICA

Productos Afectados

- Glydo, Jeringa precargada externa
- Lidocaine, Ungüento para uso externo
- Lidocaine HCl, Solución de uso externo
- Lidocaine HCl, gel externo, uretra/mucosa
- Lidocaine-Prilocaine, Crema para uso externo

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) Se está utilizando el medicamento solicitado para la anestesia tópica Y 2) Si el medicamento solicitado se utilizará como parte de un producto compuesto, entonces todas las sustancias activas en el producto compuesto están aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su uso tópico.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	3 meses
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TESTOSTERONAS TÓPICAS

Productos Afectados

- Androderm, Parche transdérmico 24 HR
- Testosterone, Gel Transdérmico, 12.5 MG/ACT (1 %), 25 MG/2.5 G (1 %), 50 MG/5 G (1 %)

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>1) La solicitud es para la continuación de la terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para el hipogonadismo primario o hipogonadotrópico [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con hipogonadismo relacionado con la edad (también conocido como hipogonadismo de aparición tardía).] y el paciente tenía un nivel bajo de testosterona matutino confirmado de acuerdo con las pautas de práctica actuales o los valores de referencia de laboratorio estándar antes de comenzar la terapia con testosterona O 2) La solicitud no es para la continuación de la terapia con testosterona y el medicamento solicitado se receta para el hipogonadismo primario o hipogonadotrópico [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con hipogonadismo relacionado con la edad (también conocido como hipogonadismo de aparición tardía).] y el paciente tiene al menos dos niveles bajos de testosterona matutinos confirmados de acuerdo con las pautas de práctica actuales o su laboratorio estándar valores de referencia O 3) El medicamento solicitado se prescribe para la disforia de género en un paciente que puede tomar una decisión informada para participar en la terapia hormonal.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Usos fuera de indicación	Disforia de género

TRETINOIN TÓPICO

Productos Afectados

- Avita
- Tretinoin, Crema para uso externo
- Tretinoin, Gel para uso externo, 0.01 %, 0.025 %

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TRAZIMERA

Productos Afectados

- Trazimera

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Terapia neoadyuvante para cáncer de mama: 6 meses. Otro: Plan anual.
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama de factor de crecimiento epidérmico humano receptor 2 (HER2) positivo, cáncer de mama recurrente HER2, metástasis leptomenígeas de cáncer de mama, cáncer de esófago y unión esofagogástrica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado y recurrente HER2 positivo, cáncer colorrectal amplificado con HER2 en combinación con pertuzumab o lapatinib.

TRELSTAR

Productos Afectados

- Trelstar Mixject, Suspensión
Intramuscular Reconstituida, 11.25 MG,
3.75 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TREPROSTINIL INJ

Productos Afectados

- Treprostinil

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la hipertensión arterial pulmonar (WHO Grupo 1), se confirmó el diagnóstico por medio del cateterismo cardiaco derecho. Solo para los nuevos pacientes, el paciente de cumplir todos los siguientes: 1) Pretratamiento significa que la presión arterial pulmonar es superior o igual a 25 mmHg, 2) Pretratamiento significa que la presión capilar pulmonar enclavada es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) Pretratamiento significa que la resistencia pulmonar vascular es superior a 3 unidades Wood.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TRIENTINE

Productos Afectados

- Clovique
- Trientine HCl

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TRIKAFTA

Productos Afectados

- Trikafta

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para tratar la fibrosis quística: el paciente presenta, al menos, una mutación F508del en el gen del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) O el paciente presenta una mutación en el gen CFTR que reacciona a la potenciación de elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor basada en datos de ensayos in vitro.
Restricciones de Edad	6 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Indicaciones	Todas las Indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos Fuera de la Indicación	

TRUSELTIQ

Productos Afectados

- Truseltiq (Dosis diaria de 100 MG)
- Truseltiq (Dosis diaria de 125 MG)
- Truseltiq (Dosis diaria de 50 MG)
- Truseltiq (Dosis diaria de 75 MG)

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las Indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos Fuera de la Indicación	

TRUXIMA

Productos Afectados

- Truxima

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para artritis reumatoide activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): 1) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes: 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: a) respuesta inadecuada, intolerancia , o contraindicación para MTX O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o un DMARD sintético dirigido. Las malignidades hematológicas deben ser CD20 positivas. Para esclerosis múltiple: 1) El paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple recidivante-remitente, Y 2) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de enfermedad indicados para esclerosis múltiples a pesar de una duración adecuada de tratamiento.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Toxicidad relacionada con el inhibidor del punto de control inmunitario: 3 meses, Todos los demás: Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Subtipos de linfomas no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (tejido linfoide nodal, esplénico y asociado a la mucosa gástrica [MALT], MALT no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma cutáneo primario de célula B, linfoma de células B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 y/o BCL6 (linfoma de doble/triple hit), linfoma de células B de alto grado

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	<p>no especificado, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD)], púrpura trombocitopenia idiopática (ITP) o refractaria inmune, anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de injerto contra huésped crónica (GVHD), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopenia trombótica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin (predominante del linfocito nodular), linfoma primario del CNS, metástasis leptomeníngeas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención de PTLD por virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple, toxicidad relacionada con el inhibidor del punto de control inmunitario y pénfigo vulgar.</p>

TUKYSA

Productos Afectados

- Tukysa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer de mama HER2 positivo (receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano) recurrente, incluidos los pacientes con metástasis cerebral, que hayan recibido una o más líneas de tratamiento previo dirigido al HER2 en el entorno metastásico.

TURALIO

Productos Afectados

- Turalio

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

TYKERB

Productos Afectados

- Tykerb

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso del cáncer de mama HER2 positivo, el medicamento solicitado se utilizará en combinación con cualquiera de los siguientes medicamentos: 1) inhibidor de la aromatasas, 2) capecitabine, O 3) trastuzumab.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Lesiones metastásicas del CNS por cáncer de mama HER2 positivo, cordoma EGFR positivo recurrente, cáncer colorrectal amplificado con HER2 en combinación con trastuzumab.

TYMLOS

Productos Afectados

- Tymlos

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de osteoporosis posmenopáusia: el paciente cumple con UNA de las siguientes condiciones: 1) tiene antecedentes de fracturas por fragilidad, O 2) Una puntuación T anterior al tratamiento, inferior o igual a -2.5, o una puntuación T, anterior al tratamiento, superior a -2.5 y menor que -1 con una alta probabilidad de fractura según la Herramienta de Evaluación de Riesgo de Fractura (FRAX) antes del tratamiento Y el paciente cumple con ALGUNA de las siguientes condiciones: a) indicadores de riesgo de fractura más alto (por ejemplo, edad avanzada, fragilidad, terapia con glucocorticoides, puntuaciones T muy bajas, o mayor riesgo de caída), O b) el paciente no ha respondido al tratamiento anterior con, o fue intolerante a, una terapia para la osteoporosis con inyectables a la que se sometió anteriormente O c) el paciente se ha sometido a un ensayo con bifosfonato oral de una duración de al menos 1 año o hay una razón clínica para evitar el tratamiento con un bifosfonato oral.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	24 meses en total para análogos de la hormona paratiroidea (por ejemplo, Abaloparatida o teriparatida)
Otros Criterios	El paciente tiene una alta probabilidad de Herramienta de Evaluación de Riesgo de Fractura (FRAX) de fractura si la probabilidad de 10 años es ya sea mayor o igual al 20 por ciento para cualquier fractura grave por osteoporosis, o mayor o igual al 3 por ciento para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente de prednisona) por día, la puntuación de riesgo estimado generada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para fracturas graves por osteoporosis y 1.2 para fracturas de cadera.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Usos fuera de indicación	

UBRELVY

Productos Afectados

- Ubrelvy

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento a un agonista de los receptores 5-HT1 de triptán, O 2) El paciente presentó intolerancia a un agonista de los receptores 5-HT1 de triptán, O 3) El paciente presenta una contraindicación que le prohibiría participar en un ensayo clínico de agonistas de los receptores 5-HT1 de triptán.
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

UKONIQ

Productos Afectados

- Ukoniq

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

VALCHLOR

Productos Afectados

- Valchlor

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Linfoma/leucemia de células T en adultos crónica o latente, micosis fungoide/síndrome de Sézary Etapa 2 o superior, linfoma cutáneo primario de la zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro folicular, papulosis linfomatoide.

VELCADE

Productos Afectados

- Bortezomib
- Velcade, Inyectable

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Amiloidosis sistémica de cadena liviana, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfoma/leucemia de células T en adultos, leucemia linfoblástica aguda pediátrica.

VELTASSA

Productos Afectados

- Veltassa

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a Lokelma, O 2) El paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con Lokelma.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

VEMLIDY

Productos Afectados

- Vemlidy

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	En el caso de infección crónica por el virus de la hepatitis B, el medicamento solicitado se utilizará en un paciente que cumpla con alguno de los siguientes (solo para nuevos pacientes): 1) respuesta virológica inadecuada, resistencia o evento adverso intolerable al tenofovir disoproxil fumarate, O 2) pérdida ósea y defectos de mineralización o está en riesgo de pérdida ósea y defectos de mineralización (por ejemplo, antecedentes de fracturas por fragilidad, edad avanzada, fragilidad, uso de glucocorticoides crónico, puntuaciones T bajas o mayor riesgo de caídas).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

VENCLEXTA

Productos Afectados

- Venclexta
- Venclexta, Paquete inicial

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de leucemia mieloide aguda, se debe cumplir cualquiera de los siguientes criterios: 1) el paciente tiene 60 años de edad o más O 2) el medicamento solicitado se utilizará como un componente para repetir el régimen de inducción exitoso inicial en caso de recaída tardía O 3) el paciente tiene comorbilidades que le impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva O 4) el medicamento solicitado se utilizará para una enfermedad recidivante o refractaria.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Linfoma de células del manto, neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (BPDCN).

VENTAVIS

Productos Afectados

- Ventavis

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la hipertensión arterial pulmonar (WHO Grupo 1), se confirmó el diagnóstico por medio del cateterismo cardiaco derecho. Solo para los nuevos pacientes, el paciente de cumplir todos los siguientes: 1) Pretratamiento significa que la presión arterial pulmonar es superior o igual a 25 mmHg, 2) Pretratamiento significa que la presión capilar pulmonar enclavada es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) Pretratamiento significa que la resistencia pulmonar vascular es superior a 3 unidades Wood.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

VERSACLOZ

Productos Afectados

- Versacloz

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

VERZENIO

Productos Afectados

- Verzenio

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer de mama recurrente con receptor hormonal (HR) positivo, de factor de crecimiento epidérmico humano receptor 2 (HER2) negativo en combinación con fulvestrant o un inhibidor de la aromatasa, o como agente único si progresa con la terapia endocrina previa y la quimioterapia previa en el contexto metastásico.

V-GO

Productos Afectados

- V-Go 20
- V-Go 30
- V-Go 40

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El paciente tiene diabetes y requiere un control de la insulina con múltiples inyecciones diarias Y 2) El paciente se controla los niveles de glucosa 4 o más veces al día Y 3) El paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes problemas con el régimen actual de diabetes: control inadecuado de la glucemia, hipoglucemia recurrente, grandes fluctuaciones de la glucosa en la sangre, fenómeno del alba con hiperglucemia persistente grave en las primeras horas de la mañana y oscilaciones glucémicas graves.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Para continuar el tratamiento con una bomba de insulina, el paciente debe presentar un control glucémico estable o mejorado.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

VIGABATRIN

Productos Afectados

- Vigabatrin
- Vigadrone

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de convulsiones parciales complejas (CPS): el paciente tuvo una respuesta inadecuada a por lo menos 2 medicamentos antiepilépticos para CPS.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

VITRAKVI

Productos Afectados

- Vitrakvi

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

VIZIMPRO

Productos Afectados

- Vizimpro

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), el paciente cumple todos los siguientes: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, y 2) el miembro tiene una enfermedad sensibilizante con mutación de EGFR positiva.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente o avanzado.

VORICONAZOLE

Productos Afectados

- Voriconazole Intravenoso
- Voriconazole Oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 meses
Otros Criterios	El paciente utilizará el medicamento solicitado de manera oral o por vía intravenosa.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

VOSEVI

Productos Afectados

- Vosevi

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática severa o moderada (clase B o C de la escala de Child Turcotte Pugh).
Información Médica Necesaria	En el caso de hepatitis C crónica: Infección confirmada por la presencia de HCV ARN en el suero antes de empezar el tratamiento. Régimen de tratamiento planeado, genotipo, historial de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Escala Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia donde aplique, estado del trasplante de hígado y riñón si aplica. Las condiciones de cobertura y la duración específica de la aprobación se basarán en los lineamientos vigentes del tratamiento AASLD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la orientación actual de la AASLD-IDSA.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

VOTRIENT

Productos Afectados

- Votrient

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para el carcinoma celular renal: La enfermedad es recidivante, metastásica o no resecable. Para el sarcoma de tejido blando (STS): 1) El paciente no presenta un sarcoma de tejido blando adipocítico, Y 2) El paciente tiene uno de los siguientes subtipos de STS: a) tumor estromal gastrointestinal (GIST), b) angiosarcoma, c) rhabdomyosarcoma pleomórfico, d) sarcoma retroperitoneal/intraabdominal, e) sarcoma de cabeza/cuello, extremidades/superficie del tronco, f) tumor fibroso solitario o hemangiopericitoma, og) sarcoma alveolar de partes blandas (ASPS)
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Carcinoma de tiroides (folicular, papilar, de células de Hurthle o medular), sarcoma uterino.

VRAYLAR

Productos Afectados

- Vraylar

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes medicamentos: aripiprazole, lurasidone, olanzapine, paliperidone, quetiapine, risperidone, o ziprasidone.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

VUMERITY

Productos Afectados

- Vumerity
- Vumerity (Inicial)

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones están aprobadas por la FDA.
Usos no especificados	

VYVANSE

Productos Afectados

- Vyvanse

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

WELIREG

Productos Afectados

- Welireg

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

XALKORI

Productos Afectados

- Xalkori

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de NSCLC, el medicamento solicitado se usa en cualquiera de los siguientes entornos: 1) el miembro tiene NSCLC ALK positivo recurrente, avanzado o metastásico (incluidas metástasis cerebrales de NSCLC), 2) el miembro tiene NSCLC positivo recurrente, avanzado o metastásico ROS1-positivo (incluidas metástasis cerebrales de NSCLC), o 3) el miembro tiene NSCLC con amplificación del MET de alto nivel o salto de mutación del MET exon 14. En el caso de IMT y ALCL: la enfermedad es ALK positiva.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Quinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivo avanzado o recurrente o cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) ROS1-positivo, NSCLC con amplificación del MET de alto nivel o salto de mutación del MET exon 14, metástasis cerebrales NSCLC, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT), linfoma anaplásico de células grandes (ALCL).

XELJANZ

Productos Afectados

- Xeljanz
- Xeljanz XR

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Para artritis reumatoide activa moderada a severa (únicamente a nuevos pacientes): El paciente cumple con al menos uno de los siguientes criterios: 1) Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a methotrexate (MTX), O 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de enfermedad (DMARD) biológico anterior. Para psoriasis artrítica activa (solo nuevos comienzos): El medicamento solicitado se usa en combinación con un DMARD no biológico. En el caso de colitis ulcerativa moderada a gravemente activa (únicamente a nuevos pacientes): Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a un bloqueador del factor de necrosis tumoral (TNF).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

XGEVA

Productos Afectados

- Xgeva

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de la hipercalcemia asociada a malignidad: la afección es refractaria a la terapia intravenosa con bisfosfonato (IV) o hay una razón clínica para evitar la terapia intravenosa con bisfosfonato.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Ostopenia u osteoporosis relacionada con la mastocitosis sistémica.

XIFAXAN

Productos Afectados

- Xifaxan, Tableta Oral, 550 MG

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El medicamento solicitado se está recetando para reducir el riesgo de reaparición de encefalopatía hepática (HE) manifiesta O 2) El paciente tiene el diagnóstico de síndrome de intestino irritable con diarrea (IBS-D) Y 3) Si el paciente ha recibido previamente el tratamiento con el medicamento solicitado, ha experimentado una recurrencia de síntomas Y 4) El paciente aún no ha recibido un curso inicial de tratamiento de 14 días y dos cursos de tratamiento adicionales de 14 días con el medicamento solicitado O 5) El paciente no ha recibido tratamiento previamente con el medicamento solicitado.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Reducción del riesgo de reaparición de HE: 6 meses, IBS-D: 14 días
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

XOLAIR

Productos Afectados

- Xolair

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	<p>Para la terapia inicial para el asma alérgico: 1) El paciente tiene prueba de piel (o prueba de sangre) positiva de al menos 1 aeroalérgeno perenne, 2) El paciente tiene el nivel IgE como punto de referencia superior o igual a 30 IU/mL, y 3) El paciente tiene control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los siguientes medicamentos en dosis optimizadas: a) corticoide inhalado, y b) controlador adicional (agonista beta2 de acción prolongada, modificador de leucotrienos, o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a tales terapias. Únicamente para la terapia de continuación para el asma alérgico: El control del asma del paciente ha mejorado en el tratamiento con el uso del medicamento solicitado desde el inicio de la terapia. Para terapia inicial de urticaria idiopática crónica: 1) El paciente ha sido evaluado por otras causas de urticaria, incluyendo angioedema relacionado con bradiquinina y síndromes urticarianos asociados a IL-1 (trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticaria), y 2) El paciente ha experimentado una aparición espontánea de pápulas, angioedema, o ambos, durante al menos 6 semanas. Para terapia de continuación de Urticaria Idiopática Crónica (CIU): el paciente ha experimentado una respuesta (por ejemplo, los síntomas del paciente han mejorado) desde el inicio de la terapia.</p>
Restricciones de Edad	<p>Para Urticaria Idiopática Crónica (CIU): 12 años de edad o mayor. Para asma alérgico: 6 años de edad o mayor. En el caso de los pólipos nasales: 18 años de edad o mayor.</p>
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	<p>Asma alérgica y pólipos nasales: Plan anual. Terapia inicial de urticaria idiopática crónica: 6 meses. Continuación de CIU: Plan Anual</p>
Otros Criterios	
Indicaciones	<p>Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.</p>

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Usos fuera de indicación	

XOSPATA

Productos Afectados

- Xospata

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	18 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

XPOVIO

Productos Afectados

- Xpovio (100 MG una vez por semana)
- Xpovio (40 MG una vez por semana)
- Xpovio (40 MG dos veces por semana)
- Xpovio (60 MG una vez por semana)
- Xpovio (60 MG dos veces por semana)
- Xpovio (80 MG una vez por semana)
- Xpovio (80 MG dos veces por semana)

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de edad	
Restricciones del Profesional que receta	
Duración de la Cobertura	Año del Plan
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de la indicación	

XTANDI

Productos Afectados

- Xtandi

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

XYREM

Productos Afectados

- Xyrem

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	1) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente de 7 años de edad o más con narcolepsia y 2) El diagnóstico ha sido confirmado por un examen de laboratorio del sueño Y 3) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento estimulante del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., amphetamine, dextroamphetamine, o methylphenidate) O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de fármacos estimulantes del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., amphetamine, dextroamphetamine o methylphenidate) [Nota: La cobertura de anfetaminas y metilfenidatos puede requerir autorización previa.] Y 4) Si el paciente tiene 18 años de edad o más, el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que promueve la vigilia del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., armodafinil) O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de medicamentos que promueven la vigilia del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., armodafinil) [Nota: la cobertura de armodafinil puede requerir autorización previa]. O 5) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de cataplexia en pacientes de 7 años de edad o más con narcolepsia Y 6) El diagnóstico ha sido confirmado por un examen de laboratorio del sueño.
Restricciones de Edad	7 años de edad o mayor.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	Si la solicitud es para una continuación de la terapia, luego el paciente experimentó una disminución en la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución en los episodios de cataplexia con narcolepsia.

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

ZARXIO

Productos Afectados

- Zarxio

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso del producto solicitado dentro de las 24 horas anteriores o posteriores a la quimioterapia.
Información Médica Necesaria	En el caso de profilaxis o tratamiento de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia mielosupresora, los pacientes deben cumplir con los dos requisitos siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, 2) El paciente ha recibido, está recibiendo actualmente, o recibirá, tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 meses
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Después de la quimioterapia para leucemia linfocítica aguda (ALL), indicaciones relacionadas al trasplante de células madres, síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, anemia aplásica, neutropenia relacionada al VIH, neutropenia relacionada al trasplante de riñón.

ZEJULA

Productos Afectados

- Zejula

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	En combinación con bevacizumab para el cáncer epitelial de ovario, cáncer trompas de falopio, primario de peritoneo persistente o recurrente para la enfermedad sensible al platino.

ZELBORAF

Productos Afectados

- Zelboraf

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de melanoma cutáneo, se deben cumplir todos los siguientes criterios: 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E o V600K, y 2) la enfermedad es irresecable o metastásica. En el caso de la enfermedad de Erdheim-Chester, el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E o BRAF V600K. En el caso de cáncer de pulmón de células no pequeñas, se deben cumplir todos los siguientes criterios: 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, y 2) el paciente tiene NSCLC recurrente, avanzado o metastásico. En el caso del carcinoma de tiroides, se deben cumplir todos los siguientes criterios: 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E o V600K, y 2) el paciente tiene carcinoma folicular, de células de Hurthle o de tiroides papilar refractario al yodo radiactivo. En el caso de cáncer colorrectal, se deben cumplir todos los siguientes criterios: 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, 2) la enfermedad es irresecable o metastásica. En el caso de la leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se utilizará para la terapia posterior.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer pulmonar de célula no pequeña, leucemia de células pilosas, carcinoma tiroideo (carcinoma papilar, carcinoma folicular y carcinoma de células de Hurthle), cáncer colorrectal.

ZIRABEV

Productos Afectados

- Zirabev

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	La cobertura bajo la Parte D se negará si la cobertura está disponible bajo la Parte A o la Parte B a medida que el medicamento es recetado y entregado o administrado por el individuo.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer de mama, tipos de tumores del sistema nervioso central (CNS): astrocitoma/oligodendroglioma supratentorial infiltrativo de bajo grado (grado II de la WHO) en adultos, ependimoma intracraneal y espinal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma del adulto, linfoma primario del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebrales limitadas y extensas, metástasis leptomeníngicas y tumores metastásicos de la columna vertebral, mesotelioma pleural maligno, cáncer de ovario epitelial/cáncer de trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, incluidos los siguientes tipos de cáncer: carcinosarcoma (tumores de Mullerianos mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometriode de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado, tumores epiteliales limítrofes de ovario (bajo potencial maligno) con implantes invasivos y tumor maligno del estroma del cordón sexual, tipos de sarcoma de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, sarcoma de Kaposi relacionado con el

Criterios PA	Detalles de los Criterios
	SIDA, cáncer de útero, cáncer de endometrio, cáncer de vulva y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad que incluye coroidopatía polipoidea y subtipos de proliferación angiomasosa retiniana, edema macular después de la oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro, carcinoma hepatocelular.

ZOLINZA

Productos Afectados

- Zolinza

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Micosis fungoide, síndrome de Sezary.

ZYDELIG

Productos Afectados

- Zydelig

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL) refractaria, linfoma folicular refractario, y linfomas de zona marginal [linfoma nodal de zona marginal, linfoma del tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT) gástrica, linfoma MALT no gástrico y linfoma esplénico de zona marginal].

ZYKADIA

Productos Afectados

- Zykadia, tableta oral

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	En el caso de NSCLC: el paciente presenta una enfermedad positiva para ROS-1 o positiva para ALK recurrente, avanzada o metastásica. En el caso de tumor miofibroblástico inflamatorio, el tumor es ALK positivo. En el caso de metástasis cerebrales de NSCLC: el miembro tiene NSCLC ALK positivo
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicas aceptadas.
Usos fuera de indicación	Cáncer pulmonar de célula no pequeña (NSCLC) de quinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivo recurrente o avanzado, cáncer pulmonar de célula no pequeña (NSCLC) de represor recurrente, avanzado o metastásico del silenciamiento (ROS-1) positivo, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT), metástasis cerebrales de NSCLC.

ZYPREXA RELPREVV

Productos Afectados

- ZyPREXA Relprevv

Criterios PA	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Necesaria	Se ha establecido la tolerabilidad con olanzapine oral.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Plan Anual
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	