

# ABELCET

---

## Productos Afectados

- ABELCET

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Amphotericin B conventional.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ABILIFY MAINTENA

---

## Productos Afectados

- ABILIFY MAINTENA  
INTRAMUSCULAR  
SUSPENSION,EXTENDED REL  
RECON 300 MG, 400 MG
- ABILIFY MAINTENA  
INTRAMUSCULAR  
SUSPENSION,EXTENDED REL  
SYRING

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Historia documentada de consumo de oral aripiprazole sin presentar efectos secundarios significativos desde el punto de vista clínico.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Invega Sustenna, Invega Trinza o Risperdal Consta.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ACITRETIN

---

## Productos Afectados

- *acitretin*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: calcipotriene, clobetasol, cyclosporine, fluocinonide, methotrexate, o Tazorac.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ACTIMMUNE

---

## Productos Afectados

- ACTIMMUNE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Ortopedista, Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ADEFOVIR

---

## Productos Afectados

- *adefovir*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ADHD

## Productos Afectados

- *dexmethylphenidate oral tablet*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50*
- *methylphenidate hcl oral solution*
- *methylphenidate hcl oral tablet*
- *methylphenidate hcl oral tablet extended release*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# AIMOVIG

---

## Productos Afectados

- AIMOVIG AUTOINJECTOR

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo, Especialista en Dolor de Cabeza, Especialista en Dolor.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: divalproex, valproic acid, o topiramate e ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: metoprolol, timolol, propranolol.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ALOSETRON

---

## Productos Afectados

- *alose tron*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Síndrome del intestino irritable con diarrea: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: loperamide.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# AMBISOME

---

## Productos Afectados

- AMBISOME

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Amphotericin B conventional.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# AMITRIPTYLINE

---

## Productos Afectados

- *amitriptyline*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# AMOXAPINE

## Productos Afectados

- *amoxapine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# AMPHOTERICIN B

---

## Productos Afectados

- *amphotericin b*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ANTICONVULSANTS 1

## Productos Afectados

- APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG
- BRIVIACT ORAL SOLUTION
- BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG
- EPIDIOLEX
- FYCOMPA ORAL SUSPENSION
- FYCOMPA ORAL TABLET

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid o zonisamide.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

## ANTICONVULSANTS 2

### Productos Afectados

- *clobazam oral suspension*
- *clobazam oral tablet*
- DIACOMIT
- FINTEPLA
- *lacosamide oral solution*
- XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)
- XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG
- XCOPRI TITRATION PACK

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Clobazam, Fenfluramine, o Stiripentol: Debe utilizarse como tratamiento complementario de las convulsiones. Cenobamate o Lacosamide: Para convulsiones parciales: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de dos de los siguientes: carbamazepine, divalproex, felbamate, gabapentin, levetiracetam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid o zonisamide. Para convulsiones tónico-clónicas: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de dos de los siguientes: lamotrigine, levetiracetam, phenytoin, o topiramate.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ANTINEOPLASTIC

---

## Productos Afectados

- *abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg*
- AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG
- ALECENSA
- ALUNBRIG
- AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG
- BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG
- BESREMI
- BOSULIF
- BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG
- BRUKINSA
- CABOMETYX
- CALQUENCE
- CAPRELSA
- COMETRIQ
- COPIKTRA
- COTELLIC
- DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- ERIVEDGE
- ERLEADA
- *erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspensión*
- EXKIVITY
- FOTIVDA
- GAVRETO
- GILOTRIF
- IBRANCE
- ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG
- IDHIFA
- *imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg*
- IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG
- IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG, 560 MG
- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG
- INQOVI
- INREBIC
- IRESSA
- JAKAFI
- KISQALI FEMARA CO-PACK
- KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)
- KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG
- *lapatinib*
- *lenalidomide*
- LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)
- LONSURF
- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- LUMAKRAS
- LYNPARZA
- MATULANE
- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG
- MEKTOVI
- NERLYNX
- NEXAVAR
- NINLARO
- NUBEQA
- ODOMZO
- ONUREG
- ORGOVYX
- PANRETIN
- PEMAZYRE
- PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X 1-50 MG X 1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)
- POMALYST



- PURIXAN
- QINLOCK
- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG
- REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG
- ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG
- RUBRACA
- RYDAPT
- SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG
- *sorafenib*
- SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG
- STIVARGA
- SUNITINIB ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG
- SUTENT
- SYNRIPO
- TABLOID
- TABRECTA
- TAFINLAR
- TAGRISSO
- TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG
- TASIGNA
- TAZVERIK
- TEPMETKO
- THALOMID
- TIBSOVO
- TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)
- TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG
- TURALIO
- VENCLEXTA
- VENCLEXTA STARTING PACK
- VERZENIO
- VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI ORAL SOLUTION
- VIZIMPRO
- VONJO
- VOTRIENT
- WELIREG
- XALKORI
- XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1)
- XERMELO
- XOSPATA
- XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)
- XTANDI
- YONSA
- ZEJULA
- ZELBORAF
- ZOLINZA
- ZYDELIG
- ZYKADIA ORAL TABLET

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# APOKYN

## Productos Afectados

- *apomorphine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: medicamentos antiparkinson como amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole, o selegiline.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# APREPITANT

---

## Productos Afectados

- *aprepitant*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	6 meses.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de una de las alternativas de un antagonista de 5-HT3 de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativas: ondansetron o granisetron excepto cuando el Miembro está recibiendo quimioterapia.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ARCALYST

---

## Productos Afectados

- ARCALYST

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Al mismo tiempo, tomar cualquier agente bloqueador del factor de necrosis tumoral (TNF) como Enbrel, Humira, o Remicade.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ARIPIRAZOLE

## Productos Afectados

- *aripiprazole oral solution*
- *aripiprazole oral tablet, disintegrating*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar o ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: oral aripiprazole.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ARMODAFINIL

---

## Productos Afectados

- *armodafinil*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Narcolepsia: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dextroamphetamine y methylphenidate.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ATOVAQUONE

---

## Productos Afectados

- *atovaquone*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Neumonía por Pneumocystis: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: trimethoprim/sulfamethoxazole.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# AUBAGIO

---

## Productos Afectados

- AUBAGIO

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# AUSTEDO

## Productos Afectados

- AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante con un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO). Depresión no tratada o tratada inadecuadamente, o tendencias suicidas actuales en pacientes con enfermedad de Huntington.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo, Psiquiatra.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Corea (Enfermedad de Huntington): Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: tetrabenazine. Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# CARISOPRODOL

---

## Productos Afectados

- *carisoprodol oral tablet 350 mg*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Documentación que explique el beneficio específico establecido con el medicamento y cómo dicho beneficio es mayor que el riesgo potencial.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# CASPOFUNGIN

---

## Productos Afectados

- *caspofungin*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# CLOMIPRAMINE

---

## Productos Afectados

- *clomipramine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, o sertraline.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# CLOZAPINE

## Productos Afectados

- *clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg*
- VERSACLOZ

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar o ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral clozapine.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Psiquiatra.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# CONSTIPATION AGENTS

---

## Productos Afectados

- MOVANTIK

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: lactulose o polyethylene glycol.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# CORLANOR

## Productos Afectados

- CORLANOR ORAL SOLUTION
- CORLANOR ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>Insuficiencia cardíaca en pacientes adultos: Insuficiencia cardíaca de clase II a IV de acuerdo con la New York Heart Association (NYHA) documentada con una fracción de eyección inferior o igual al 35% y ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca en reposo mayor o igual a 70 latidos por minuto (<i>beats per minute, bpm</i>). Documentación que indica que el paciente está tomando la dosis máxima tolerada de un betabloqueante o tiene un historial de intolerancia, contraindicación o hipersensibilidad a un betabloqueante documentadas. Uso concomitante documentado con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (ACE) o un bloqueador de los receptores de la angiotensina (ARB), a menos que éstos no se toleren o estén contraindicados. Insuficiencia cardíaca en pacientes pediátricos: Insuficiencia cardíaca de clase II a IV de acuerdo con NYHA/Ross documentada con una fracción de eyección menor o igual al 45% y ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca en reposo mayor o igual a 105 bpm en el subconjunto de edad 6-12 meses, mayor o igual a 95 bpm en el subconjunto de edad 1-3 años, mayor o igual a 75 bpm en el subconjunto de edad 3-5 años, mayor o igual a 70 bpm en el subconjunto de edad 5-18 años.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Cardiólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).



<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# COSENTYX

## Productos Afectados

- COSENTYX SUBCUTANEOUS  
SYRINGE 75 MG/0.5

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Criterios de Autorización Previa</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo, Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Espondilitis anquilosante: Ineficacia de ambas alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Enbrel y Humira. Artritis psoriásica: Ineficacia de ambas alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Enbrel y Humira. Psoriasis en placas: Para pacientes mayores de 18 años, ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira, Enbrel, o Skyrizi.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# CYCLOBENZAPRINE

---

## Productos Afectados

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Documentación que explique el beneficio específico establecido con el medicamento y cómo dicho beneficio es mayor que el riesgo potencial.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DALFAMPRIDINE

---

## Productos Afectados

- *dalfampridine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Insuficiencia renal moderada o grave (CrCL 50 ml/min o menos).
<b>Información Médica Requerida</b>	Simultáneamente con un agente modificador de la enfermedad para la esclerosis múltiple. Documentación de dificultad para caminar (como una prueba de caminata de 25 pies cronometrada: el paciente debe poder caminar 25 pies de 8-45 segundos). Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DALIRESP

---

## Productos Afectados

- DALIRESP

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Insuficiencia hepática, moderada a grave (Child-Pugh B o C).
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: ya sea Wixela o Fluticasone/Salmeterol, Anoro Ellipta, Serevent, Spiriva o Tudorza.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DEFERASIROX

---

## Productos Afectados

- *deferasirox oral tablet, dispersible*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Hematólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DESIPRAMINE

---

## Productos Afectados

- *desipramine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DIAZEPAM SOLUTION

## Productos Afectados

- *diazepam intensol*
- *diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# DIMETHYL FUMARATE

---

## Productos Afectados

- *dimethyl fumarate*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Aubagio y glatiramer.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DISOPYRAMIDE

---

## Productos Afectados

- *disopyramide phosphate oral capsule*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acebutolol, amiodarone, flecainide, mexiletine, propafenone, quinidine, o sotalol.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DOXEPIIN

## Productos Afectados

- *doxepin oral capsule*
- *doxepin oral concentrate*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Para las dosis promedio diarias de doxepin mayores de 6 mg: Ansiedad: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: buspirone, duloxetine, escitalopram, o venlafaxine. Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DRIZALMA

---

## Productos Afectados

- DRIZALMA SPRINKLE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar una cápsula intacta o ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: duloxetine.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DRONABINOL

---

## Productos Afectados

- *dronabinol*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: chlorpromazine, granisetron, metoclopramide, ondansetron, o prochlorperazine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DROXIDOPA

---

## Productos Afectados

- *droxidopa*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ELIGARD

---

## Productos Afectados

- ELIGARD
- ELIGARD (3 MONTH)
- ELIGARD (4 MONTH)
- ELIGARD (6 MONTH)

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Oncólogo, Urólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# EMSAM

---

## Productos Afectados

- EMSAM

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante con otros fármacos serotoninérgicos (es decir SSRIs, SNRIs, TCAs).
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: phenelzine y tranylcypromine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# ENBREL

## Productos Afectados

- ENBREL
- ENBREL SURECLICK
- ENBREL MINI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Espondilitis anquilosante: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen, o sulindac. Psoriasis en placas: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de dos de los siguientes: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# ENTECAVIR

---

## Productos Afectados

- BARACLUDE ORAL SOLUTION
- *entecavir*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Gastroenterólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ESBRIET

## Productos Afectados

- ESBRIET ORAL CAPSULE
- *pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Autorización inicial: Diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática confirmado por la presencia de neumonía intersticial habitual en tomografía computarizada de alta resolución ( <i>High Resolution Computed Tomography, HRCT</i> ) y/o biopsia pulmonar quirúrgica. Documentación de las pruebas de función hepática, documentación de la línea base de la capacidad vital forzada ( <i>Forced Vial Capacity, FVC</i> ) mayor o igual al 50 por ciento del valor predicho Y documentación del porcentaje de capacidad de difusión pronosticada de los pulmones para el monóxido de carbono (% DLCO) mayor o igual al 30 por ciento.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neumólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ESTROGENS

## Productos Afectados

- DUAVEE
- *estradiol oral*
- *estradiol transdermal patch weekly*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	<p>Profilaxis de osteoporosis posmenopáusica: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid y risedronate. Atrofia vaginal y vulvar: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol cream o Premarin Cream.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# FENTANYL LOZENGE

## Productos Afectados

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Dolor agudo, intermitente o posquirúrgico.
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de la tolerancia a opioides mediante un tratamiento con opioides las 24 horas del día que consiste en al menos 60 mg de oral morphine al día, al menos 25 mg de fentanyl transdérmico/hora, al menos 30 mg de oral oxycodone al día, al menos 8 mg de oral hydromorphone al día, al menos 25 mg de oral oxymorphone al día o una dosis equianalgésica de otro opioide al día durante una semana o más para el dolor intercurrente o repentino del cáncer. Los pacientes deben ser tratados con opioides las 24 horas del día cuando toman fentanyl de liberación inmediata por vía transmucosa.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Dolor, Oncólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# FETZIMA

---

## Productos Afectados

- FETZIMA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# FIRAZYR

---

## Productos Afectados

- *icatibant*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	El diagnóstico de angioedema hereditario (AEH) debe confirmarse mediante un análisis de sangre.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Alergólogo, Inmunólogo, Hematólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# FIRMAGON

---

## Productos Afectados

- FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Oncólogo, Urólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# GENOTROPIN

## Productos Afectados

- GENOTROPIN
- GENOTROPIN MINIQUICK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (inicial): diagnóstico confirmado como resultado de diagnóstico anterior de deficiencia de la hormona de crecimiento (GHD) de inicio en la niñez o GHD de inicio en el adulto con documentación de deficiencia hormonal debido a enfermedad hipotalámico-hipofisaria por causas orgánicas o conocidas (p. ej., daño por cirugía, irradiación craneal, traumatismo de cráneo, hemorragia subaracnoidea) y documentación de una prueba de estimulación de la hormona de crecimiento (p. ej., prueba de tolerancia a la insulina [ITT], arginine/GHRH, glucagon, arginine) para confirmar la GHD del adulto con los valores máximos de GH correspondientes ([ITT de 5 mcg/L o menos], [GHRH+ARG de 11 mcg/L o menos si el índice de masa corporal (IMC) es inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>, de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m<sup>2</sup>, o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>], [glucagon de 3 mcg/L o menos], [Arg de 0.4 mcg/L o menos]) o deficiencia documentada de tres hormonas de la hipófisis anterior (prolactina, ACTH, TSH, FSH/LH) y el nivel de IFG-1/somatomedin C es inferior al rango normal ajustado a la edad y al sexo según lo indicado por un análisis de laboratorio del médico.</p> <p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (reautorización): Documentación de experiencia positiva por parte del paciente.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Endocrinólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# GEODON SOLUTION

---

## Productos Afectados

- *ziprasidone mesylate*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# GILENYA

## Productos Afectados

- GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Insuficiencia cardíaca de Clase III o IV, insuficiencia cardíaca descompensada que requiere hospitalización, infarto de miocardio, derrame cerebral, accidente isquémico transitorio o angina de pecho inestable dentro de los últimos seis meses. Uso concomitante de antiarrítmicos de Clase Ia o Clase III. Bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado tipo Mobitz II o síndrome de disfunción sinusal, a menos que el paciente tenga un marcapasos funcional. Intervalo QT a un valor de referencia de 500 ms o más.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Aubagio y glatiramer.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# GLATIRAMER

---

## Productos Afectados

- *glatiramer*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# GLATOPA

---

## Productos Afectados

- *glatopa*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# GLYBURIDE

## Productos Afectados

- *glyburide*
- *glyburide micronized*
- *glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: glipizide.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# GUANFACINE

## Productos Afectados

- *guanfacine oral tablet*
- *guanfacine oral tablet extended release 24 hr*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Hipertensión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: benazepril, fosinopril, hydrochlorothiazide, irbesartan, lisinopril, losartan, losartan/hydrochlorothiazide, lisinopril/hydrochlorothiazide, quinapril/hydrochlorothiazide, quinapril, ramipril, o valsartan/hydrochlorothiazide. ADHD: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amphetamine/dextroamphetamine, dexamethylphenidate, dextroamphetamine, o methylphenidate.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# HP ACTHAR

---

## Productos Afectados

- ACTHAR

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo para el espasmo infantil y la exacerbación de la esclerosis múltiple.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Esclerosis múltiple: 21 días. Para otras indicaciones aprobadas: 28 días.
<b>Otros Criterios</b>	Para las crisis agudas de la esclerosis múltiple, los pacientes deben recibir terapia inmunomoduladora concurrente, como Aubagio, glatiramer, o interferon beta 1a. Para todas las demás indicaciones que no sean neurológicas, debió haberse presentado una falla o efectos adversos clínicamente significativos a otras terapias de atención médica de primera línea o estándar.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# HRM ANTIPSYCHOTICS

## Productos Afectados

- *molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg* • *thioridazine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone, o aripiprazole.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# HUMIRA

## Productos Afectados

- HUMIRA PEN
- HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START
- HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML
- HUMIRA(CF)
- HUMIRA(CF) PEN
- HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS
- HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de la superficie corporal o que afecta zonas importantes del cuerpo como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Gastroenterólogo, Oftalmólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Espondilitis anquilosante: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen, o sulindac. Psoriasis en placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate or phototherapy. Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
	medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: budesonide, mesalamine o sulfasalazine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# HUMIRA PEDIATRIC

---

## Productos Afectados

- HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER
- HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# HUMIRA PSORIASIS

---

## Productos Afectados

- HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL  
HS

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de la superficie corporal o que afecta zonas importantes del cuerpo como manos, pies, cara o genitales.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo, Reumatólogo, Oftalmólogo, Gastroenterólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# IMIPRAMINE

## Productos Afectados

- *imipramine hcl*
- *imipramine pamoate*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# IMMUNOGLOBULIN

## Productos Afectados

- FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %
- GAMMAGARD LIQUID
- GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	3 meses.
<b>Otros Criterios</b>	Aprobado conforme a la Parte B para los siguientes tipos de Inmunodeficiencia Humoral Primaria: Agammaglobulinemia congénita, Inmunodeficiencia común variable, Síndrome de Wiskott-Aldrich, Agammaglobulinemia ligada al cromosoma X, Inmunodeficiencia combinada grave. Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# INCRELEX

## Productos Afectados

- INCRELEX

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Pacientes pediátricos con neoplasia maligna o antecedentes de malignidad. Utilizar para estimular el crecimiento en pacientes con epífisis cerradas.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Endocrinólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# INDOMETHACIN

---

## Productos Afectados

- *indomethacin oral capsule*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, ibuprofen, meloxicam, nabumetone, naproxen, o sulindac.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# INGREZZA

## Productos Afectados

- INGREZZA
- INGREZZA INITIATION PACK

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Austedo. Documentación de la línea de base con puntuaciones de la Escala de Movimientos Involuntarios Anormales ( <i>Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS</i> ). Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos como lo demuestra una puntuación AIMS mejorada en comparación con la línea de base.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo, Psiquiatra.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# INTERFERON BETA-1A

## Productos Afectados

- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML
- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML
- REBIF (WITH ALBUMIN)
- REBIF REBIDOSE
- REBIF TITRATION PACK

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Aubagio y glatiramer.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# INTRALIPID

---

## Productos Afectados

- INTRALIPID INTRAVENOUS  
EMULSION 30 %

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	3 meses.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# INVEGA HAFYERA

---

## Productos Afectados

- INVEGA HAFYERA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral paliperidone e Invega Sustenna.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# INVEGA SUSTENNA

---

## Productos Afectados

- INVEGA SUSTENNA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral paliperidone.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# INVEGA TRINZA

---

## Productos Afectados

- INVEGA TRINZA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral paliperidone e Invega Sustenna.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# ISOTRETINOIN

## Productos Afectados

- *amnesteem*
- *claravis*
- *isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg*
- *myorisan*
- *zenatane*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo.
Duración de la Cobertura	20 semanas.
Otros Criterios	Acné común: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: benzoyl peroxide/clindamycin topical, benzoyl peroxide/erythromycin topical, clindamycin topical, doxycycline oral, erythromycin topical, minocycline oral, tetracycline oral o tretinoin topical.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# ITRACONAZOLE

---

## Productos Afectados

- *itraconazole oral solution*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# KALYDECO

---

## Productos Afectados

- KALYDECO

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de una mutación en el gen regulador de conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que responde al ivacaftor.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# KORLYM

## Productos Afectados

- KORLYM

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante de simvastatin, lovastatin y sustratos de CYP3A con intervalos terapéuticos estrechos (p. ej., cyclosporine, fentanyl, sirolimus, etc.). Antecedentes de sangrado vaginal sin explicación o hiperplasia endometrial atípica o carcinoma endometrial.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

## Productos Afectados

- *ledipasvir-sofosbuvir*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de la infección crónica por hepatitis C confirmada por un ARN del virus de la hepatitis C en suero detectable mediante un ensayo cuantitativo. Documentación del genotipo. Documentación de la ausencia o presencia de cirrosis y si se compensa o descompensa. Documentación de cualquier tratamiento previo. Documentación del estado del trasplante hepático. El régimen de tratamiento se aprobará según el genotipo y la experiencia previa en el tratamiento, según lo definen las normas actuales de AASLD.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	12 semanas.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: sofosbuvir-velpatasvir (generic Epclusa).
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# LEUKINE

## Productos Afectados

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Leucemia mieloide con exceso de blastocitos en la médula ósea o sangre periférica igual o superior al 10%.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Hematólogo, Oncólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	3 meses.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Nivestym y Zarxio.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# LEUPROLIDE ACETATE

---

## Productos Afectados

- *leuprolide subcutaneous kit*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Oncólogo, Urólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# LEVALBUTEROL

---

## Productos Afectados

- *levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: albuterol inhalant solution.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# LIDOCAINE PATCH

---

## Productos Afectados

- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# LINEZOLID

## Productos Afectados

- *linezolid in dextrose 5%*
- *linezolid oral suspension for reconstitution*
- *linezolid oral tablet*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# LOKELMA

## Productos Afectados

- LOKELMA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de un nivel de potasio persistente superior a 5,0 mmol/L al inicio.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Nefrólogo, Cardiólogo, Endocrinólogo, Hematólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: sodium polystyrene sulfonate.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# LUPRON DEPOT

---

## Productos Afectados

- LUPRON DEPOT
- LUPRON DEPOT (3 MONTH)
- LUPRON DEPOT (4 MONTH)
- LUPRON DEPOT (6 MONTH)

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Endometriosis: La paciente se ha sometido a una extirpación quirúrgica para prevenir la recurrencia, o bien, tiene un historial de ineficacia o contraindicación de los anticonceptivos orales o intolerancia a estos.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# LYRICA

## Productos Afectados

- *pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg*
- *pregabalin oral solution*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Neuralgia postherpética: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: gabapentin. Neuropatía diabética: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: duloxetine y gabapentin. Fibromialgia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: duloxetine, gabapentin o Savella.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# MEGESTROL

## Productos Afectados

- *megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)*
- *megestrol oral tablet*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Caquexia asociada con el SIDA: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dronabinol y oxandrolone.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# MEPROBAMATE

---

## Productos Afectados

- *meprobamate*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de al menos dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: buspirone, duloxetine, escitalopram, o venlafaxine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# METHOCARBAMOL

---

## Productos Afectados

- *methocarbamol oral*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Documentación que explique el beneficio específico establecido con el medicamento y cómo dicho beneficio es mayor que el riesgo potencial.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# METHOXSALEN

---

## Productos Afectados

- *methoxsalen*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo, Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: calcipotriene, clobetasol, cyclosporine, fluocinonide, methotrexate, o tazarotene.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# METYROSINE

---

## Productos Afectados

- *metirosine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Hipertensión esencial.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# MODAFINIL

---

## Productos Afectados

- *modafinil*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Narcolepsia: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dextroamphetamine y methylphenidate.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# NAYZILAM

---

## Productos Afectados

- NAYZILAM

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# NEUPRO

## Productos Afectados

- NEUPRO

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Enfermedad de Parkinson: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbidopa/levodopa, pramipexole, ropinirole, o selegiline. Síndrome de las Piernas Inquietas: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: pramipexole y ropinirole.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# NIVESTYM

---

## Productos Afectados

- NIVESTYM INJECTION

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# NUCALA

## Productos Afectados

- NUCALA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Alergista, Inmunólogo, Neumólogo, Reumatólogo, Hematólogo u Otorrinolaringólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Asma: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: 1) budesonide, Flovent, Arnuity Ellipta o Qvar y 2) fluticasone-salmeterol, Wixela, o Breo Ellipta.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# NUEDEXTA

---

## Productos Afectados

- NUEDEXTA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# NUPLAZID

---

## Productos Afectados

- NUPLAZID ORAL CAPSULE
- NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# NUTRILIPID

---

## Productos Afectados

- NUTRILIPID

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	3 meses.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# NUTRITIONAL

---

## Productos Afectados

- ENSURE CLEAR LIQUID

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	La autorización de productos de nutrición enteral metabólica administrados por vía oral o por sonda de alimentación está restringida a beneficiarios con diagnóstico de errores congénitos del metabolismo (condición genética, metabólica).
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Consulte la guía de Suplementos Nutricionales Enterales.
<b>Otros Criterios</b>	Productos Enterales Adicionales cubiertos según la guía de Suplemento Nutricional Enteral.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# OCTREOTIDE

---

## Productos Afectados

- *octreotide acetate injection solution*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# OFEV

## Productos Afectados

- OFEV

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh B o C).
<b>Información Médica Requerida</b>	Autorización inicial: Diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática confirmado por la presencia de neumonía intersticial habitual en tomografía computarizada de alta resolución ( <i>High Resolution Computed Tomography, HRCT</i> ) y/o biopsia pulmonar quirúrgica. Documentación de las pruebas de función hepática, documentación de la línea base de la capacidad vital forzada ( <i>Forced Vial Capacity, FVC</i> ) mayor o igual al 50 por ciento del valor predicho Y documentación del porcentaje de capacidad de difusión pronosticada de los pulmones para el monóxido de carbono (% DLCO) mayor o igual al 30 por ciento. Diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial asociada a esclerosis sistémica: Documentación de pruebas de función hepática. Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos y documentación de las pruebas de función hepática.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neumólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# OLANZAPINE ODT

---

## Productos Afectados

- *olanzapine oral tablet, disintegrating*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar o ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral olanzapine.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# OLANZAPINE SOLUTION

---

## Productos Afectados

- *olanzapine intramuscular*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# OMNITROPE

## Productos Afectados

- OMNITROPE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (inicial): diagnóstico confirmado como resultado de diagnóstico anterior de deficiencia de la hormona de crecimiento (GHD) de inicio en la niñez o GHD de inicio en el adulto con documentación de deficiencia hormonal debido a enfermedad hipotalámico-hipofisiaria por causas orgánicas o conocidas (p. ej., daño por cirugía, irradiación craneal, traumatismo de cráneo, hemorragia subaracnoidea) y documentación de una prueba de estimulación de la hormona de crecimiento (p. ej., prueba de tolerancia a la insulina [ITT], arginine/GHRH, glucagon, arginine) para confirmar la GHD del adulto con los valores máximos de GH correspondientes ([ITT de 5 mcg/L o menos], [GHRH+ARG de 11 mcg/L o menos si el índice de masa corporal (IMC) es inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>, de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m<sup>2</sup>, o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>], [glucagon de 3 mcg/L o menos], [Arg de 0.4 mcg/L o menos]) o deficiencia documentada de tres hormonas de la hipófisis anterior (prolactina, ACTH, TSH, FSH/LH) y el nivel de IFG-1/somatomedin C es inferior al rango normal ajustado a la edad y al sexo según lo indicado por un análisis de laboratorio del médico.</p> <p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (reautorización): Documentación de experiencia positiva por parte del paciente.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Endocrinólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	



<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ORAL ANTIPSYCHOTICS

## Productos Afectados

- *asenapine maleate*
- CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG
- FANAPT
- LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG
- *paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg*
- *quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg*
- VRAYLAR ORAL CAPSULE
- VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone o aripiprazole.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# ORENCIA

## Productos Afectados

- ORENCIA CLICKJECT
- ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ORKAMBI

## Productos Afectados

- ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET
- ORKAMBI ORAL TABLET

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de la mutación homocigota F508del en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR).
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# OTEZLA

## Productos Afectados

- OTEZLA
- OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo, Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Psoriasis en placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# OXANDROLONE

---

## Productos Afectados

- *oxandrolone*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# OXBRYTA

## Productos Afectados

- OXBRYTA ORAL TABLET

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de al menos 1 episodio de crisis vaso-oclusiva ( <i>Vaso-occlusive Crisis, VOC</i> ) en los últimos 12 meses. Hemoglobina (Hgb) mayor o igual a 5.5 y menor o igual a 10.5 g/dL. Reautorización: aumento de la hemoglobina inicial (Hgb) en más de o igual a 1g/dLdL.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Hematólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# OXERVATE

---

## Productos Afectados

- OXERVATE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de queratitis neurotrófica en estadio 2 o 3.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Oftalmólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	8 meses.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# PAH

## Productos Afectados

- *ambrisentan*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Cardiólogo, Neumólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: sildenafil o tadalafil. Aprobar si se combina con tadalafil para el tratamiento de pacientes con PAH sin tratamiento previo con FC II y III de WHO.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PARATHYROID HORMONE ANALOGS

## Productos Afectados

- TERIPARATIDE
- TYMLOS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Puntaje T de densidad mineral ósea ( <i>Bone Mineral Density, BMD</i> ) de -3.5 o menos según las mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), cadera (cuello femoral, cadera total) o radio (sitio de un tercio del radio) O BMD T- puntaje entre -2.5 y -3.5 (puntaje T de BMD mayor que -3.5 y menor o igual a -2.5) según las mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), cadera (cuello femoral, cadera total) o radio (sitio de un tercio del radio) y antecedentes de fracturas.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid o risedronate. Se requiere justificación médica para una duración del tratamiento superior a 24 meses.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# PDE5 INHIBITORS

## Productos Afectados

- *alyq*
- *sildenafil (pulm. Hipertensión) oral tablet*
- *tadalafil (pulm. Hipertensión)*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante de nitratos e inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE5).
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Cardiólogo, Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# PEGASYS

## Productos Afectados

- PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION
- PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Hepatitis C Crónica: La duración del tratamiento es determinada por las recomendaciones de etiquetado de la FDA o las recomendaciones de la AASLD.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PEGFILGRASTIM

## Productos Afectados

- FULPHILA
- UDENYCA
- ZIEXTENZO

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Nivestym y Zarxio.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PHENOBARBITAL

## Productos Afectados

- *phenobarbital*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, o zonisamide.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PHENTERMINE

## Productos Afectados

- *phentermine 15 mg capsule*
- *phentermine 30 mg capsule*
- *phentermine 37.5 mg tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	IMC ( <i>Body Mass Index, BMI</i> ), mayor o igual a 27 kg/m <sup>2</sup> con una o más comorbilidades (por ejemplo, enfermedad coronaria, dislipidemia, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño), O IMC (BMI) mayor o igual a 30 kg/m <sup>2</sup> . Reautorización: pérdida de durante los primeros 3 meses y falta de efectos secundarios.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	3 meses.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# PIMECROLIMUS

## Productos Afectados

- *pimecrolimus*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: clobetasol, betamethasone, fluocinolone o fluocinonide e ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: tacrolimus ointment.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# POSACONAZOLE

## Productos Afectados

- *noxafil oral suspension*
- *posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: fluconazole, itraconazole, o voriconazole.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PREMARIN TABLETS

---

## Productos Afectados

- PREMARIN ORAL

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Profilaxis de osteoporosis posmenopáusica: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid y risedronate. Atrofia vaginal y vulvar: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol cream. Otras indicaciones: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol transdermal patch, estradiol tablet o estropipate.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PREMPRO TABLETS

## Productos Afectados

- PREMPRO

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	<p>Profilaxis de osteoporosis posmenopáusica: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid, y risedronate. Atrofia vaginal y vulvar: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol cream. Otras indicaciones: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol transdermal patch, estradiol tablet o estropipate.</p>
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PREVYMIS

---

## Productos Afectados

- PREVYMIS ORAL

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Especialista en Trasplantes.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PROCRIT

## Productos Afectados

- PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Hipertensión no controlada.
Información Médica Requerida	Para la anemia causada por enfermedad renal crónica: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL y documentación de saturación de transferrina superior o igual al 20% y ferritina superior o igual a 100 ng/mL. Para la anemia causada por quimioterapia: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL. Para indicaciones de la FDA en relación con procedimientos quirúrgicos: La hemoglobina (Hgb) es de 10 g/dL-13 g/dL, el paciente no es candidato para una autodonación de sangre y se prevé una pérdida significativa de sangre a causa de una cirugía programada, no cardíaca o no vascular. Inducida por zidovudine: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 11g/dL. Síndrome mielodisplásico: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 11 g/dL y la eritropoyetina es inferior o igual a 500 mU/mL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# PROLIA

## Productos Afectados

- PROLIA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Osteoporosis posmenopáusica: Puntaje T de densidad mineral ósea (BMD) de -3.5 o menos basado en mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), la cadera (cuello del fémur, cadera total) o el radio (tercio distal del radio), O BIEN, puntaje T de BMD entre -2.5 y -3.5 (puntaje T de BMD superior a -3.5 e inferior o igual a -2.5) basado en mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), la cadera (cuello del fémur, cadera total) o el radio (tercio distal del radio) y un historial de fracturas.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid y risedronate.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PROMACTA

## Productos Afectados

- PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG
- PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de recuento de plaquetas. Trombocitopenia en infección por hepatitis C: Documentación de tratamiento concomitante o planeado de la hepatitis C crónica con interferon.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Gastroenterólogo, Hematólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Trombocitopenia crónica inmune (idiopática): Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dexamethasone, methylprednisolone, prednisolone o prednisone.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PROMETHAZINE

## Productos Afectados

- *promethazine oral*
- *promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg*
- *promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Alergia: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: cetirizine y levocetirizine. Náuseas y vómitos: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: chlorpromazine, granisetron, ondansetron, o prochlorperazine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	



# PROTRIPTYLINE

## Productos Afectados

- *protriptyline*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PYRIMETHAMINE

## Productos Afectados

- *pyrimethamine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Anemia por deficiencia de folato.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Hematólogo, Especialista en VIH, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Especialista en Trasplantes.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Profilaxis primaria de encefalitis toxoplásmica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: trimethoprim/sulfamethoxazole.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# QUININE

---

## Productos Afectados

- *quinine sulfate*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Prevención o tratamiento de calambres nocturnos en las piernas.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	10 días.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: chloroquine o hydroxychloroquine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# RAYALDEE

---

## Productos Afectados

- RAYALDEE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Enfermedad renal crónica en etapa 5 o enfermedad renal en etapa terminal en diálisis.
<b>Información Médica Requerida</b>	Niveles séricos totales documentados de 25-hidroxivitamina D inferiores a 30 ng/ml. Calcio sérico documentado por debajo de 9,8 mg/dL antes del inicio.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Nefrólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# REPATHA

## Productos Afectados

- REPATHA PUSHTRONEX
- REPATHA SURECLICK
- REPATHA SYRINGE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>Documentación de los niveles actuales de LDL por encima de 100 mg/dL mientras se toma la terapia con statin y la terapia con ezetimibe máximamente tolerada, a menos que sea intolerante o esté contraindicada con la terapia con statin o ezetimibe. Prevención secundaria de ASCVD: documentación de al menos una característica de alto riesgo: SCA reciente (en los últimos 12 meses), antecedentes de infarto de miocardio, antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico o enfermedad arterial periférica sintomática (antecedentes de claudicación con ABI mayor de 0,85 o anterior revascularización o amputación). Hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HeFH) o hipercolesterolemia familiar homocigótica (HoFH): documentación para confirmar el diagnóstico mediante pruebas genéticas o por criterios clínicos (como Simon Broome o los criterios de la Red de Clínicas de lípidos holandeses, o antecedentes de LDL-C no tratada mayor de 180 mg/dL junto con xantoma o córnea), o evidencia de hipercolesterolemia familiar en familiares de primer o segundo grado.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Cardióloga, Endocrinóloga, Especialista en Lípidos.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# RETACRIT

## Productos Afectados

- RETACRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Hipertensión no controlada.
Información Médica Requerida	Para la anemia debida a enfermedad renal crónica: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL y la documentación de la saturación de transferrina es mayor o igual al 20% y la ferritina es mayor o igual a 100 ng/ml. Para la anemia debida a la quimioterapia: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL. Para indicaciones quirúrgicas de la FDA: la hemoglobina (Hgb) es 10g/dL-13g / dL y el paciente no es un candidato para la donación de sangre autóloga y se anticipa una pérdida significativa de sangre por cirugía electiva, no cardíaca o no vascular. Inducida por Zidovudina: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 11 g/dL. Síndrome mielodisplásico: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 11 g/dL y la eritropoyetina es inferior o igual a 500 mU/ml/mL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# REXULTI

## Productos Afectados

- REXULTI

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Esquizofrenia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone o aripiprazole. Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, mirtazapine, paroxetine, sertraline, o venlafaxine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# RINVOQ

---

## Productos Afectados

- RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED  
RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# RISPERDAL CONSTA

---

## Productos Afectados

- RISPERDAL CONSTA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral risperidone.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# RUFINAMIDE

## Productos Afectados

- *rufinamide oral suspension*
- *rufinamide oral tablet*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, clobazam o zonisamide. Para Rufinamide suspension: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Rufinamide tablet.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SAPROPTERIN

---

## Productos Afectados

- *sapropterin*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SECUADO

---

## Productos Afectados

- SECUADO

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone o aripiprazole.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SIGNIFOR

---

## Productos Afectados

- SIGNIFOR

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SIRTURO

---

## Productos Afectados

- SIRTURO ORAL TABLET 100 MG

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SKYRIZI

## Productos Afectados

- SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Psoriasis en placas: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de dos de los siguientes: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# SOFOSBUVIR-VELPATASVIR

## Productos Afectados

- *sofosbuvir-velpatasvir*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de la infección crónica por hepatitis C confirmada por un ARN del virus de la hepatitis C en suero detectable mediante un ensayo cuantitativo. Documentación del genotipo. Documentación de la ausencia o presencia de cirrosis y si se compensa o descompensa. Documentación de cualquier tratamiento previo. Documentación del estado del trasplante hepático. El régimen de tratamiento se aprobará según el genotipo y la experiencia previa en el tratamiento según lo definido por las pautas actuales de AASLD.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	12 semanas.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SOMAVERT

---

## Productos Afectados

- SOMAVERT

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Endocrinólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: octreotide.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SPRITAM

---

## Productos Afectados

- SPRITAM

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: levetiracetam oral solution.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# STELARA

## Productos Afectados

- STELARA SUBCUTANEOUS

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo, Gastroenterólogo, Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Psoriasis en placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy. Enfermedad de Crohn and Colitis ulcerosa: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: budesonide, mesalamine o sulfasalazine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SYMDEKO

## Productos Afectados

- SYMDEKO

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de mutación F508del homocigótica o al menos una mutación en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que responde a tezacaftor/ivacaftor.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SYMLIN

---

## Productos Afectados

- SYMLINPEN 120
- SYMLINPEN 60

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Gastroparesis confirmada.
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de historial de puntajes de HbA1C del 7% o más después de al menos tres meses de tratamiento óptimo con insulina.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SYMPAZAN

---

## Productos Afectados

- SYMPAZAN

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid o zonisamide.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SYNAREL

---

## Productos Afectados

- SYNAREL

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# TACROLIMUS OINTMENT

---

## Productos Afectados

- *tacrolimus topical*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas tópicas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: clobetasol, betamethasone, fluocinolone, o fluocinonide.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TAKHZYRO

---

## Productos Afectados

- TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	El diagnóstico de angioedema hereditario (AEH) debe confirmarse mediante un análisis de sangre.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Alergólogo, Inmunólogo, Hematólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TALTZ

## Productos Afectados

- TALTZ AUTOINJECTOR
- TALTZ SYRINGE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo, Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Espondilitis anquilosante: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen, o sulindac. Psoriasis en placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TARGRETIN

---

## Productos Afectados

- *bexarotene*
- TARGRETIN TOPICAL

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo, Oncólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TAZORAC

## Productos Afectados

- *tazarotene topical cream*
- TAZORAC TOPICAL GEL
- TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Psoriasis en placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: calcipotriene, clobetasol o fluocinonide. Acné común: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: benzoyl peroxide/clindamycin topical, benzoyl peroxide/erythromycin topical, clindamycin topical, doxycycline oral, erythromycin topical, minocycline oral, tetracycline oral o tretinoin topical.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TECFIDERA

---

## Productos Afectados

- *dimethyl fumarate*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Aubagio y glatiramer.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TESTOSTERONE

## Productos Afectados

- *methyltestosterone oral capsule*
- *testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml*
- *testosterone enanthate*
- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*
- *testosterone transdermal gel in packet*
- *testosterone transdermal solution in metered pump w/app*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Niveles de testosterona sérica documentados previos al tratamiento por debajo del rango de referencia del laboratorio en los últimos 3 meses.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TESTOSTERONE PUMP

## Productos Afectados

- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*
- *testosterone transdermal gel in packet*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Niveles de testosterona sérica documentados previos al tratamiento por debajo del rango de referencia del laboratorio en los últimos 3 meses.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: testosterone cypionate, testosterone enanthate o testosterone transdermal gel o solution.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# TETRABENAZINE

---

## Productos Afectados

- *tetrabenazine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concurrente con un IMAO. Depresión no tratada o tratada inadecuadamente, o tendencias suicidas actuales.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TIGECYCLINE

---

## Productos Afectados

- *tigecycline*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TOBI PODHALER

---

## Productos Afectados

- TOBI PODHALER INHALATION  
CAPSULE, W/INHALATION DEVICE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TOBRAMYCIN SOLUTION

---

## Productos Afectados

- *tobramycin in 0.225 % nacl*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TOLCAPONE

## Productos Afectados

- *tolcapone*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de uso concomitante con levodopa y carbidopa.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole, o selegiline.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TRIENTINE

---

## Productos Afectados

- *trientine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cirrosis biliar, artritis reumatoide.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: penicillamine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TRIHXYPHENIDYL

## Productos Afectados

- *trihexyphenidyl*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Glaucoma de ángulo estrecho.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Parkinsonismo: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole, o selegiline. Trastorno del movimiento inducido por medicamentos – enfermedad extrapiramidal: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amantadine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TRIMIPRAMINE

## Productos Afectados

- *trimipramine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# TRINTELLIX

---

## Productos Afectados

- TRINTELLIX

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# VALCHLOR

---

## Productos Afectados

- VALCHLOR

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo, Oncólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# VANCOMYCIN CAPSULE

---

## Productos Afectados

- *vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Diarrea por Clostridium Difficile: Reautorización: Documentación de resultado positivo de toxina de C. Difficile en heces fecales.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	3 meses.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# VASCEPA

## Productos Afectados

- *icosapent ethyl*
- VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Reducción del riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, revascularización coronaria y angina inestable que requiera hospitalización: documentación de la terapia con statin máxima tolerada, a menos que sea intolerante o contraindicada, con triglicéridos elevados mayores o iguales a 150 mg/dl y con enfermedad cardiovascular establecida o diabetes mellitus con dos o más factores de riesgo adicionales de enfermedad cardiovascular. Hipertrigliceridemia severa: documentación de triglicéridos elevados mayores o iguales a 500 mg/dL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Lipidólogo, Cardiólogo, Endocrinólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: omega-3 acid ethyl esters.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# VEMLIDY

---

## Productos Afectados

- VEMLIDY

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Hepatólogo, Gastroenterólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# VIBERZI

## Productos Afectados

- VIBERZI

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Antecedentes de extracción de vesícula.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dicyclomine y loperamide.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# VIGABATRIN

## Productos Afectados

- *vigabatrín oral powder in packet*
- *vigadrone*
- *vigabatrín oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Convulsiones Parciales Complejas Resistentes al Tratamiento únicamente: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, o zonisamide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

# VIIBRYD

## Productos Afectados

- VIIBRYD ORAL TABLET
- VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)
- *vilazodone*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	



# VORICONAZOLE

---

## Productos Afectados

- *voriconazole intravenous*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# XATMEP

---

## Productos Afectados

- XATMEP

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Oncólogo, Pediatra, Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# XELJANZ

## Productos Afectados

- XELJANZ ORAL SOLUTION
- XELJANZ ORAL TABLET
- XELJANZ XR

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Gastroenterólogo, Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Colitis ulcerosa: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# XGEVA

---

## Productos Afectados

- XGEVA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Oncólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# XIFAXAN

## Productos Afectados

- XIFAXAN

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Encefalopatía hepática: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: lactulose. Síndrome de intestino irritable con diarrea: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: loperamide. Diarrea del viajero: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: ciprofloxacín o levofloxacín.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# XOLAIR

## Productos Afectados

- XOLAIR

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Asma (Inicial): Volumen espiratorio forzado en un segundo o flujo espiratorio máximo inferior o igual al 80% del nivel previsto, o bien, las mediciones de control del asma indican asma no controlada (p. ej., puntaje de la Prueba de Control del Asma [ACT] de 19 o menos). Nivel inicial de IgE total en suero (antes del tratamiento con Xolair) superior o igual a 30 UI/mL. Prueba cutánea positiva o reactividad in vitro a aeroalérgeno perenne.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Alergista, Dermatólogo, Inmunólogo, Neumólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# XYREM

---

## Productos Afectados

- XYREM

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Somnolencia diurna excesiva en pacientes con narcolepsia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dextroamphetamine, methylphenidate, y modafinil.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ZARXIO

---

## Productos Afectados

- ZARXIO

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# ZEPATIER

## Productos Afectados

- ZEPATIER

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de infección por hepatitis C crónica confirmada por un ARN del virus de la hepatitis C detectable en suero a través de un análisis cuantitativo. Documentación de genotipo. Documentación de la ausencia o presencia de cirrosis y si la afección está compensada o descompensada. Documentación de tratamientos previos. Documentación del estado del trasplante de hígado. El régimen de tratamiento será aprobado en base al genotipo y la experiencia previa en el tratamiento, tal como se define en las pautas actuales de la AASLD. Para el genotipo 1a: Documentación para la prueba de polimorfismo NS5A.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	12 a 16 semanas según el genotipo y polimorfismo, la cirrosis o el tratamiento previo.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ZYPREXA RELPREVV

## Productos Afectados

- ZYPREXA RELPREVV  
INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR  
RECONSTITUTION 210 MG

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Historia documentada de consumo de oral olanzapine sin presentar efectos secundarios significativos desde el punto de vista clínico.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Invega Sustenna, Invega Trinza o Risperdal Consta.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

## Índice de Medicamentos

### A

ABELCET.....	1
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG .....	2
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING.....	2
abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg ...	16, 17, 18
acitretin .....	3
ACTHAR .....	65
ACTIMMUNE.....	4
adefovir .....	5
AFINITOR DISPERZ.....	17, 18
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG .....	16
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG .	17, 18
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	7
ALECENSA.....	16, 17, 18
alosetron.....	8
ALUNBRIG.....	16, 17, 18
alyq.....	123
AMBISOME .....	9
ambrisentan.....	121
amitriptyline.....	10
amnestem.....	81
amoxapine .....	11
amphotericin b .....	12
APOKYN.....	19
apomorphine .....	19
aprepitant.....	20
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG .....	13
ARCALYST .....	21
aripiprazole oral solution .....	22
aripiprazole oral tablet,disintegrating .....	22
armodafinil.....	23
asenapine maleate .....	114
atovaquone .....	24
AUBAGIO .....	25

AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG,  
9 MG .....

AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200  
MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG..

### B

BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG.....	16, 17, 18
BARACLUDGE ORAL SOLUTION .....	50
BESREMI .....	16
bexarotene .....	164
BOSULIF .....	16, 17, 18
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG ..	16, 17, 18
BRIVIACT ORAL SOLUTION.....	13
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG.....	13
BRUKINSA .....	16, 17, 18

### C

CABOMETYX .....	16, 17, 18
CALQUENCE .....	16, 17, 18
CAPLYTA .....	114
CAPRELSA .....	16, 17, 18
carisoprodol oral tablet 350 mg .....	27
casprofungin.....	28
claravis .....	81
clobazam oral suspension .....	14, 15
clobazam oral tablet .....	14, 15
clomipramine .....	29
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg .....	30
COMETRIQ.....	16, 17, 18
COPIKTRA.....	16, 17, 18
CORLANOR ORAL SOLUTION.....	32, 33
CORLANOR ORAL TABLET .....	32, 33
COSENTYX (2 SYRINGES).....	34
COSENTYX PEN (2 PENS) .....	34
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML.....	34
COTELLIC .....	16, 17, 18
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg..	35

### D

dalfampridine .....	36
DALIRESP .....	37

DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25  
 MG ..... 16, 17, 18  
 deferasirox oral tablet, dispersible ..... 38  
 desipramine ..... 39  
 dexmethylphenidate oral tablet ..... 6  
 DIACOMIT ..... 14, 15  
 diazepam oral concentrate ..... 40  
 diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)  
 ..... 40  
 dimethyl fumarate ..... 41, 166  
 disopyramide phosphate oral capsule ..... 42  
 doxepin oral capsule ..... 43  
 doxepin oral concentrate ..... 43  
 DRIZALMA SPRINKLE ..... 44  
 dronabinol ..... 45  
 droxidopa ..... 46  
 DUAVEE ..... 52

**E**

ELIGARD ..... 47  
 ELIGARD (3 MONTH) ..... 47  
 ELIGARD (4 MONTH) ..... 47  
 ELIGARD (6 MONTH) ..... 47  
 EMSAM ..... 48  
 ENBREL ..... 49  
 ENBREL MINI ..... 49  
 ENBREL SURECLICK ..... 49  
 ENSURE CLEAR LIQUID ..... 107  
 entecavir ..... 50  
 EPIDIOLEX ..... 13  
 ERIVEDGE ..... 16, 17, 18  
 ERLEADA ..... 16, 17, 18  
 erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg  
 ..... 16, 17, 18  
 ESBRIET ORAL CAPSULE ..... 51  
 ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801  
 MG ..... 51  
 estradiol oral ..... 52  
 estradiol transdermal patch weekly ..... 52  
 everolimus (antineoplastic) ..... 16, 17, 18  
 everolimus (antineoplastic) oral tablet ..... 16  
 EXKIVITY ..... 16

**F**

FANAPT ..... 114  
 FARYDAK ..... 17, 18  
 fentanyl citrate buccal lozenge on a handle  
 ..... 53

FETZIMA ..... 54  
 FINTEPLA ..... 14, 15  
 FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE  
 ..... 56  
 FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS  
 SOLUTION 10 % ..... 72  
 FOTIVDA ..... 16, 17, 18  
 FULPHILA ..... 125  
 FYCOMPA ORAL SUSPENSION ..... 13  
 FYCOMPA ORAL TABLET ..... 13

**G**

GAMMAGARD LIQUID ..... 72  
 GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1  
 GRAM/10 ML (10 %) ..... 72  
 GAVRETO ..... 16, 17, 18  
 GENOTROPIN ..... 57, 58  
 GENOTROPIN MINIQUICK ..... 57, 58  
 GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG ..... 60  
 GILOTRIF ..... 16, 17, 18  
 glatiramer ..... 61  
 glatopa ..... 62  
 glyburide ..... 63  
 glyburide micronized ..... 63  
 glyburide-metformin oral tablet 1.25-250  
 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg ..... 63  
 guanfacine oral tablet ..... 64  
 guanfacine oral tablet extended release 24 hr  
 ..... 64

**H**

HUMIRA PEN ..... 67, 68  
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START  
 ..... 67, 68  
 HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS  
 ..... 70  
 HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE  
 KIT 40 MG/0.8 ML ..... 67, 68  
 HUMIRA(CF) ..... 67, 68  
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER  
 ..... 69  
 HUMIRA(CF) PEN ..... 67, 68  
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 67,  
 68  
 HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC ..... 69  
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS  
 ..... 67, 68

**I**

IBRANCE..... 16, 17, 18  
icatibant..... 55  
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG,  
30 MG, 45 MG..... 16, 17, 18  
icosapent ethyl ..... 180  
IDHIFA..... 16, 17, 18  
imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg.. 16, 17,  
18  
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG,  
70 MG ..... 16, 17, 18  
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG,  
560 MG ..... 16, 17, 18  
imipramine hcl ..... 71  
imipramine pamoate..... 71  
INCRELEX..... 73  
indomethacin oral capsule..... 74  
INGREZZA..... 75  
INGREZZA INITIATION PACK ..... 75  
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG. 16,  
17, 18  
INQOVI ..... 16, 17, 18  
INREBIC..... 16, 17, 18  
INTRALIPID INTRAVENOUS  
EMULSION 30 %..... 77  
INVEGA HAFYERA ..... 78  
INVEGA SUSTENNA ..... 79  
INVEGA TRINZA..... 80  
IRESSA..... 16, 17, 18  
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30  
mg, 40 mg ..... 81  
itraconazole oral solution..... 82

**J**

JAKAFI..... 16, 17, 18

**K**

KALYDECO..... 83  
KISQALI FEMARA CO-PACK .. 16, 17, 18  
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY  
(200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X  
2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)... 16, 17,  
18  
KORLYM ..... 84  
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25  
MG ..... 16, 17, 18

**L**

lacosamide oral solution ..... 14

lapatinib..... 16, 17, 18  
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20  
MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG..... 114  
ledipasvir-sofosbuvir..... 85  
lenalidomide..... 16  
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY  
(10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3),  
14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18  
MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20  
MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10  
MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY  
(4 MG X 2)..... 16, 17, 18  
LEUKINE INJECTION RECON SOLN.. 86  
leuprolide subcutaneous kit..... 87  
levulbuterol hcl inhalation solution for  
nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml,  
1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml..... 88  
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5  
% ..... 89  
linezolid in dextrose 5%..... 90  
linezolid oral suspension for reconstitution  
..... 90  
linezolid oral tablet ..... 90  
LOKELMA..... 91  
LONSURF ..... 16, 17, 18  
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25  
MG ..... 16, 17, 18  
LUMAKRAS ..... 16, 17, 18  
LUPRON DEPOT..... 92  
LUPRON DEPOT (3 MONTH) ..... 92  
LUPRON DEPOT (4 MONTH) ..... 92  
LUPRON DEPOT (6 MONTH) ..... 92  
LYNPARZA ..... 16, 17, 18

**M**

MATULANE ..... 16, 17, 18  
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40  
mg/ml)..... 94  
megestrol oral tablet..... 94  
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2  
MG ..... 16, 17, 18  
MEKTOVI ..... 16, 17, 18  
meprobamate..... 95  
methocarbamol oral ..... 96  
methoxsalen ..... 97  
methylphenidate hcl oral capsule, er  
biphasic 30-70..... 6

methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic  
 50-50 ..... 6  
 methylphenidate hcl oral solution..... 6  
 methylphenidate hcl oral tablet..... 6  
 methylphenidate hcl oral tablet extended  
 release ..... 6  
 methyltestosterone oral capsule ..... 167  
 metyrosine..... 98  
 modafinil..... 99  
 molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg66  
 MOVANTIK..... 31  
 myorisan..... 81  
**N**  
 NAYZILAM ..... 100  
 NERLYNX ..... 16, 17, 18  
 NEUPRO..... 101  
 NEXAVAR..... 16, 17, 18  
 NINLARO..... 16, 17, 18  
 NIVESTYM INJECTION ..... 102  
 noxafil oral suspension ..... 129  
 NUBEQA ..... 16, 17, 18  
 NUCALA..... 103  
 NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-  
 INJECTOR..... 103  
 NUEDEXTA..... 104  
 NUPLAZID ORAL CAPSULE..... 105  
 NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG... 105  
 NUTRILIPID ..... 106  
**O**  
 octreotide acetate injection solution..... 108  
 ODOMZO ..... 16, 17, 18  
 OFEV ..... 109  
 olanzapine intramuscular ..... 111  
 olanzapine oral tablet,disintegrating ..... 110  
 OMNITROPE ..... 112, 113  
 ONUREG ..... 16, 17, 18  
 ORENCIA CLICKJECT..... 115  
 ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE  
 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5  
 MG/0.7 ML ..... 115  
 ORGOVYX..... 16, 17, 18  
 ORKAMBI ORAL GRANULES IN  
 PACKET ..... 116  
 ORKAMBI ORAL TABLET ..... 116  
 OTEZLA..... 117

OTEZLA STARTER ORAL  
 TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20  
 MG (4)-30 MG (47)..... 117  
 oxandrolone..... 118  
 OXBRYTA ..... 119  
 OXERVATE ..... 120  
**P**  
 paliperidone oral tablet extended release  
 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg..... 114  
 PANRETIN..... 16  
 PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION  
 ..... 124  
 PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE  
 ..... 124  
 PEMAZYRE..... 16, 17, 18  
 phenobarbital..... 126  
 phentermine 15 mg capsule ..... 127  
 phentermine 30 mg capsule ..... 127  
 phentermine 37.5 mg tablet..... 127  
 pimecrolimus..... 128  
 PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY  
 (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG  
 X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG  
 X 2) ..... 16, 17, 18  
 PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN  
 INJECTOR 125 MCG/0.5 ML ..... 76  
 PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE  
 125 MCG/0.5 ML ..... 76  
 POMALYST ..... 16, 17, 18  
 posaconazole oral tablet,delayed release  
 (dr/ec)..... 129  
 pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg,  
 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg,  
 75 mg ..... 93  
 pregabalin oral solution..... 93  
 PREMARIN ORAL ..... 130  
 PREMPRO ..... 131  
 PREVYMIS ORAL ..... 132  
 PROCROT INJECTION SOLUTION 10,000  
 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000  
 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000  
 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML ..... 133  
 PROLIA ..... 134  
 PROMACTA ORAL POWDER IN  
 PACKET 12.5 MG, 25 MG ..... 135

PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG .....	135	SECUADO.....	149
promethazine oral.....	136	SIGNIFOR .....	150
promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg .....	136	sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet	123
promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg .....	136	SIRTURO ORAL TABLET 100 MG.....	151
protriptyline.....	137	SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR.....	152
PURIXAN.....	17, 18	SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML .....	152
pyrimethamine .....	138	SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT .....	152
<b>Q</b>		sofosbuvir-velpatasvir.....	153
QINLOCK.....	17, 18	SOMAVERT.....	154
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg .....	114	sorafenib.....	17
quinine sulfate.....	139	SPRITAM .....	155
<b>R</b>		SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG .	17, 18
RAYALDEE.....	140	STELARA SUBCUTANEOUS.....	156
REBIF (WITH ALBUMIN) .....	76	STIVARGA .....	17, 18
REBIF REBIDOSE.....	76	SUNITINIB ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG .....	17, 18
REBIF TITRATION PACK .....	76	SUTENT .....	17, 18
REPATHA PUSHTRONEX.....	141, 142	SYMDEKO.....	157
REPATHA SURECLICK.....	141, 142	SYMLINPEN 120.....	158
REPATHA SYRINGE.....	141, 142	SYMLINPEN 60.....	158
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML ...	143	SYMPAZAN.....	159
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG .....	17, 18	SYNAREL .....	160
REVLIMID.....	17, 18	SYNRIBO.....	17, 18
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG .....	17	<b>T</b>	
REXULTI .....	144	TABLOID.....	17, 18
RINVOQ.....	145	TABRECTA .....	17, 18
RISPERDAL CONSTA.....	146	tacrolimus topical.....	161
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG .....	17, 18	tadalafil (pulm. hypertension).....	123
RUBRACA .....	17, 18	TAFINLAR.....	17, 18
rufinamide oral suspension .....	147	TAGRISSO.....	17, 18
rufinamide oral tablet.....	147	TAKHZYRO.....	162
RYDAPT.....	17, 18	TALTZ AUTOINJECTOR.....	163
<b>S</b>		TALTZ SYRINGE.....	163
sapropterin.....	148	TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG .....	17, 18
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG .....	17	TARGRETIN TOPICAL .....	164
		TASIGNA .....	17, 18
		tazarotene topical cream .....	165
		TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	165
		TAZORAC TOPICAL GEL.....	165
		TAZVERIK.....	17, 18

TEPMETKO .....	17, 18	VERSACLOZ.....	30
TERIPARATIDE.....	122	VERZENIO.....	17, 18
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml.....	167	VIBERZI.....	182
testosterone enanthate .....	167	vigabatrin oral powder in packet.....	183
testosterone transdermal gel in metered-dose pump .....	167, 168	vigabatrin oral tablet .....	183
testosterone transdermal gel in packet ...	167, 168	vigadrone.....	183
testosterone transdermal solution in metered pump w/app.....	167	VIIBRYD ORAL TABLET.....	184
tetrabenazine .....	169	VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23).....	184
THALOMID .....	17, 18	VIMPAT ORAL SOLUTION .....	14, 15
thioridazine .....	66	VIMPAT ORAL TABLET.....	14, 15
TIBSOVO .....	17, 18	VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG .....	17, 18
tigecycline.....	170	VITRAKVI ORAL SOLUTION .....	17, 18
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE .....	171	VIZIMPRO .....	17, 18
tobramycin in 0.225 % nacl .....	172	VONJO .....	17
tolcapone.....	173	voriconazole intravenous .....	185
trientine .....	174	VOTRIENT.....	17, 18
trihexyphenidyl .....	175	VRAYLAR ORAL CAPSULE.....	114
trimipramine.....	176	VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK.....	114
TRINTELLIX.....	177	<b>W</b>	
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3).....	17	WELIREG.....	17
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG .....	17, 18	<b>X</b>	
TURALIO .....	17, 18	XALKORI.....	17, 18
TYMLOS .....	122	XATMEP .....	186
<b>U</b>		XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1- 100MG X1).....	17, 18
UDENYCA.....	125	XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/DAY (200 MG X1- 150MG X1).....	14, 15
UKONIQ.....	17, 18	XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG .....	14, 15
<b>V</b>		XCOPRI TITRATION PACK.....	14, 15
VALCHLOR.....	178	XELJANZ ORAL SOLUTION .....	187
vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg .....	179	XELJANZ ORAL TABLET.....	187
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM .....	180	XELJANZ XR .....	187
VEMLIDY .....	181	XERMELO .....	17, 18
VENCLEXTA.....	17, 18	XGEVA.....	188
VENCLEXTA STARTING PACK ....	17, 18	XIFAXAN.....	189
		XOLAIR .....	190
		XOSPATA .....	17, 18
		XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5), 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40	



MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE  
 WEEK (40 MG X 2), 40MG TWICE  
 WEEK (80 MG/WEEK), 60 MG/WEEK  
 (20 MG X 3), 60 MG/WEEK (60 MG X  
 1), 60MG TWICE WEEK (120  
 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X  
 4), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG  
 TWICE WEEK (160 MG/WEEK).. 17, 18  
 XTANDI ..... 17, 18  
 XYREM ..... 191  
**Y**  
 YONSA..... 17, 18  
**Z**  
 ZARXIO ..... 192

ZEJULA ..... 17, 18  
 ZELBORAF ..... 17, 18  
 zenatane..... 81  
 ZEPATIER..... 193  
 ZIEXTENZO ..... 125  
 ziprasidone mesylate ..... 59  
 ZOLINZA ..... 17, 18  
 ZYDELIG ..... 17, 18  
 ZYKADIA ORAL TABLET ..... 17, 18  
 ZYPREXA RELPREVV  
 INTRAMUSCULAR SUSPENSION  
 FOR RECONSTITUTION 210 MG... 194