



Autorizaciones Previas 2024 *(Lista de Autorizaciones Previas)*

POR FAVOR LEA DETALLADAMENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LAS AUTORIZACIONES PREVIAS DE MEDICAMENTOS QUE CUBRE ESTE PLAN.

Aviso para los Miembros existentes: Los beneficiarios deben recurrir a farmacias de la red para acceder al beneficio de medicamentos recetados. Los Beneficios, la Lista de Medicamentos Cubiertos, la red de farmacias y de proveedores, así como los copagos podrían cambiar ocasionalmente a lo largo del año y el 1 de enero de cada año.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un Plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, Braille y/o audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, and/or audio. Call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free.

您可以免費索取本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音訊版。請致電1-877-273-IEHP (4347) 與IEHP DualChoice會員服務處聯絡。服務時間為上午8點至晚上8點（太平洋標準時間），每週7天，包括節假日。TTY使用者應撥打1-800-718-4347。電話服務免費。

Quý vị có thể tải miễn phí tài liệu này ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc tệp âm thanh. Hãy gọi Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày trong tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Miễn phí cước gọi.

ABELCET

Productos Afectados

- ABELCET

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ABILIFY MAINTENA

Productos Afectados

- ABILIFY ASIMTUFII
INTRAMUSCULAR
SUSPENSION,EXTENDED REL
SYRING 720 MG/2.4 ML, 960 MG/3.2
ML
 - ABILIFY MAINTENA
INTRAMUSCULAR
- SUSPENSION,EXTENDED REL
RECON 300 MG, 400 MG
- ABILIFY MAINTENA
INTRAMUSCULAR
SUSPENSION,EXTENDED REL
SYRING

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Historia documentada de consumo de oral aripiprazole sin presentar efectos secundarios significativos desde el punto de vista clínico.
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: Invega Sustenna, Invega Trinza o Risperdal Consta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ACITRETIN

Productos Afectados

- *acitretin*

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	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: calcipotriene, clobetasol, cyclosporine, fluocinonide, methotrexate, o Tazorac.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ACTIMMUNE

Productos Afectados

- ACTIMMUNE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Ortopedista, Reumatólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

ADEFOVIR

Productos Afectados

- *adefovir*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

AIMOVIG

Productos Afectados

- AIMOVIG AUTOINJECTOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo, Especialista en Dolor de Cabeza, Especialista en Dolor.
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: 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ALOSETRON

Productos Afectados

- *alosetron*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

AMBISOME

Productos Afectados

- AMBISOME
- *amphotericin b liposome*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

AMITRIPTYLINE

Productos Afectados

- *amitriptyline*
- *amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet*
12.5-5 mg, 25-10 mg
- *perphenazine-amitriptyline*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

AMOXAPINE

Productos Afectados

- *amoxapine*

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	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	
Prerrequisito de la Parte B	No

AMPHOTERICIN B

Productos Afectados

- *amphotericin b*

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	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ANTICONVULSANTS 1

Productos Afectados

- APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG
- EPIDIOLEX
- FYCOMPA ORAL SUSPENSION
- FYCOMPA 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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ANTICONVULSANTS 2

Productos Afectados

- *clobazam oral suspension*
- *clobazam oral tablet*
- DIACOMIT
- FINTEPLA
- VIMPAT 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	Clobazam, Fenfluramine, o Stiripentol: Debe utilizarse como tratamiento complementario de las convulsiones. 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ANTINEOPLASTIC

Productos Afectados

- *abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg*
- AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG
- AKEEGA
- 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 (ACALABRUTINIB MAL)
- CAPRELSA
- COMETRIQ
- COPIKTRA
- COTELLIC
- DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- ERIVEDGE
- ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG
- *erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg, 5 mg*
- EXKIVITY
- FOTIVDA
- GAVRETO
- *gefitinib*
- GILOTRIF
- GLEOSTINE
- 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 SUSPENSION
- IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG
- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG
- INQOVI
- INREBIC
- IRESSA
- JAKAFI
- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG
- 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
- KRAZATI
- *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 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)
- LONSURF
- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG
- LYNPARZA
- LYTGObI
- MATULANE
- MEKINIST ORAL RECON SOLN
- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG
- MEKTOVI
- NERLYNX
- NEXAVAR

- NINLARO
- NUBEQA
- ODOMZO
- ONUREG
- ORGOVYX
- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG
- PANRETIN
- PEMAZYRE
- 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)
- POMALYST
- PURIXAN
- QINLOCK
- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG
- REVLIMID
- REZLIDHIA
- 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 malate*
- SUTENT
- SYNRIPO
- TABLOID
- TABRECTA
- TAFINLAR
- TAGRISSO
- TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 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 ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG
- VANFLYTA
- VENCLEXTA
- VENCLEXTA STARTING PACK
- VERZENIO
- VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI ORAL SOLUTION
- VIZIMPRO
- VONJO
- VOTRIENT
- WELIREG
- XALKORI
- 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 ORAL CAPSULE
- ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG
- ZELBORAF
- ZOLINZA
- ZYDELIG
- ZYKADIA

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

APREPITANT

Productos Afectados

- *aprepitant*

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	6 meses.
Otros Criterios	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ARCALYST

Productos Afectados

- ARCALYST

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Al mismo tiempo, tomar cualquier agente bloqueador del factor de necrosis tumoral (TNF) como Enbrel, Humira, o Remicade.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

ARMODAFINIL

Productos Afectados

- *armodafinil*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ATOVAQUONE

Productos Afectados

- *atovaquone*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

AUBAGIO

Productos Afectados

- AUBAGIO
- *teriflunomide*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

AUSTEDO

Productos Afectados

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

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

AUVELITY

Productos Afectados

- AUVELITY

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

BRONCHITOL

Productos Afectados

- BRONCHITOL

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Nuevo: Documentación de que el paciente ha superado el Test de Tolerancia al BRONQUITOL (BTT). Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos (mejora en la función pulmonar determinada por el cambio en el FEV1).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

CASPOFUNGIN

Productos Afectados

- *casposfungin*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

CIMZIA

Productos Afectados

- CIMZIA
- CIMZIA POWDER FOR RECONST

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Reumatólogo, Dermatólogo o Gastroenterólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	<p>Artritis Reumatoide: 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: Enbrel, Humira, Rinvoq, o Xeljanz IR/XR. Enfermedad de Crohn: 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: Humira, Stelara, o Skyrizi. Artritis Psoriásica: 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: Enbrel, Humira, Stelara, Xeljanz IR/XR, Rinvoq, o Skyrizi.</p> <p>Espondiloartritis Anquilosante: 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: Enbrel, Humira, Rinvoq, o Xeljanz IR/XR. Espondiloartritis Axial no Radiográfica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Cosentyx. Psoriasis en Placas: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas</p>

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira, Stelara, Enbrel, o Skyrizi.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

CLOMIPRAMINE

Productos Afectados

- *clomipramine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: uso concomitante de un IMAO, o uso dentro de los 14 días posteriores a la interrupción de un IMAO, o uso concomitante de linezolid, o uso concomitante de azul de metileno intravenoso, o uso durante el período de recuperación aguda después de un infarto de miocardio.
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	Trastorno Obsesivo Compulsivo: 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, o sertraline.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

CONSTIPATION AGENTS

Productos Afectados

- MOVANTIK

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 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

COSENTYX

Productos Afectados

- COSENTYX (2 SYRINGES)
- COSENTYX PEN (2 PENS)
- COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML
- COSENTYX UNOREADY PEN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis con una superficie corporal superior al 3% o que afecte áreas cruciales del cuerpo 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	Espondilitis Anquilosante: Para adultos, ineficacia en ambas de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Enbrel y Humira. Artritis Psoriásica: Para adultos, ineficacia en ambas de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Enbrel y Humira. Psoriasis en Placas: Para adultos, 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. Espondiloartritis Axial no Radiográfica: Ineficacia o reacciones adversas significativas a un medicamento antiinflamatorio no esteroide AINE (NSAID) o tiene intolerancia o contraindicación a los AINE (NSAID).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

CYCLOBENZAPRINE

Productos Afectados

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 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	Documentación que explique el beneficio específico establecido con el medicamento y cómo ese beneficio supera el riesgo potencial.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

DALFAMPRIDINE

Productos Afectados

- *dalfampridine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Insuficiencia renal moderada o grave (CrCL 50 ml/min o menos).
Información Médica Requerida	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.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

DALIRESP

Productos Afectados

- DALIRESP
- *roflumilast*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Insuficiencia hepática, moderada a grave (Child-Pugh B o C).
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: ya sea Wixela o Fluticasone/Salmeterol, Anoro Ellipta, Serevent, Spiriva o Tudorza.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

DEFERASIROX

Productos Afectados

- *deferasirox oral tablet, dispersible*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

DESIPRAMINE

Productos Afectados

- *desipramine*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

DIAZEPAM SOLUTION

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

DIMETHYL FUMARATE

Productos Afectados

- *dimethyl fumarate*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

DISOPYRAMIDE

Productos Afectados

- *disopyramide phosphate oral capsule*

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	Arritmia: 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, flecainide, mexiletine, propafenone, quinidine, o sotalol.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

DOXEPIIN

Productos Afectados

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

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

DRIZALMA

Productos Afectados

- DRIZALMA SPRINKLE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

DRONABINOL

Productos Afectados

- *dronabinol*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

DROXIDOPA

Productos Afectados

- *droxidopa*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

DUPIXENT

Productos Afectados

- DUPIXENT PEN
- DUPIXENT SYRINGE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Inicial: asma eosinofílica: nivel de eosinófilos en sangre mayor o igual a 150 células/mcl en los últimos 12 meses. Esofagitis Eosinofílica: diagnóstico confirmado por esofagogastroduodenoscopia con biopsia.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Inicial: Dermatitis Atópica, Prurigo Nodularis: recetado por o en consulta con un Dermatólogo, Alergólogo o Inmunólogo. Asma: recetado por o en consulta con un médico especialista en alergia o medicina pulmonar. Rinosinusitis Crónica con Poliposis Nasal: recetado por o en consulta con un Otorrinolaringólogo, Alergólogo o Inmunólogo. Esofagitis Eosinofílica: recetado por o en consulta con un Gastroenterólogo, Alergólogo o Inmunólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Inicial: Dermatitis atópica: 1) Dermatitis atópica que cubre al menos el 10 por ciento de la superficie corporal o Dermatitis atópica que afecta la cara, la cabeza, el cuello, las manos, los pies, la ingle o las áreas intertriginosas, 2) prurito intratable o agrietamiento/supuración/sangrado de piel afectada, 3) prueba o contraindicación de un tópico (corticosteroide o inhibidor de la calcineurina) y 4) no uso concurrente con otro biológico sistémico/inhibidor de JAK para la dermatitis atópica. Asma: 1) terapia concurrente con una dosis media, alta o dosis máxima tolerada de un corticosteroide inhalado (ICS) y otro medicamento de mantenimiento, 2) una exacerbación del asma que requirió una ráfaga de corticosteroides sistémicos que duró 3 o más días dentro de los últimos 12 meses , o una exacerbación grave que requirió hospitalización o visita a urgencias en los últimos 12 meses, o control deficiente de los síntomas a pesar del tratamiento actual, como lo demuestran al menos tres de los siguientes síntomas en las últimas 4 semanas: síntomas de asma diurnos más de dos

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	<p>veces por semana, cualquier despertar nocturno debido al asma, agonista beta de acción corta (SABA) para los síntomas más de dos veces por semana, cualquier limitación de actividad debido al asma y 3) no uso simultáneo con Xolair u otros productos biológicos anti-IL5 cuando se usan para el asma. Rinosinusitis Crónica con Poliposis Nasal: 1) evidencia de pólipos nasales mediante examen directo, endoscopia o tomografía computarizada de los senos nasales, 2) enfermedad controlada inadecuadamente según lo determinado por el uso de esteroides sistémicos en los últimos 2 años o cirugía endoscópica de los senos nasales, y 3) un período de 90 días ensayo de un corticosteroide nasal tópico. Prurigo Nodularis: 1) prurito crónico (picazón de más de 6 semanas), múltiples lesiones pruriginosas e historial o signo de rascado prolongado, 2) prueba o contraindicación de un tópico (corticosteroide o calcipotrieno). Renovación: Dermatitis Atópica: 1) mejoría durante el tratamiento y 2) no uso simultáneo con otros biológicos sistémicos/inhibidores de JAK para la dermatitis atópica. Rinosinusitis Crónica con Poliposis Nasal, Esofagitis Eosinofílica: mejoría durante el tratamiento. Asma: 1) no uso concurrente con Xolair u otros productos biológicos Anti-IL5 para el asma, 2) uso continuo de ICS y otro medicamento de mantenimiento, y 3) respuesta clínica evidenciada por: (a) reducción de las exacerbaciones del asma desde el inicio, (b) disminución del uso de medicamentos de rescate, (c) aumento en el porcentaje del FEV1 previsto con respecto al valor inicial previo al tratamiento, o (d) reducción de la gravedad o frecuencia de los síntomas relacionados con el asma. Prurigo Nodularis: mejora o reducción del prurito o lesiones pruriginosas..</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ELIGARD

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oncólogo, Urólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

EMSAM

Productos Afectados

- EMSAM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante con otros fármacos serotoninérgicos (es decir SSRIs, SNRIs, TCAs).
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 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 con una superficie corporal superior al 3% o que afecte áreas cruciales del cuerpo 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	<p>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. Espondiloartritis 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 uno de los siguientes: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

ENDARI

Productos Afectados

- ENDARI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

ESBRIET

Productos Afectados

- ESBRIET ORAL CAPSULE
- ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG
- *pirfenidone oral capsule*
- *pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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..
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

FENTANYL LOZENGE

Productos Afectados

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Dolor agudo, intermitente o posquirúrgico.
Información Médica Requerida	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 o una dosis equianalgésica de otro opioide al día durante una semana o más para el dolor irruptivo del cáncer. Los pacientes deben seguir tomando opioides las 24 horas del día cuando toman fentanyl de liberación inmediata por vía transmucosa.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Dolor, Oncólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

FETZIMA

Productos Afectados

- FETZIMA

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

FIRAZYR

Productos Afectados

- *icatibant*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	El diagnóstico de angioedema hereditario (AEH) debe confirmarse mediante un análisis de sangre.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Alergólogo, Inmunólogo, Hematólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

FIRMAGON

Productos Afectados

- FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oncólogo, Urólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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-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/m², de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m², o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m²], [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	

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

GEODON SOLUTION

Productos Afectados

- *ziprasidone mesylate*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

GILENYA

Productos Afectados

- *fingolimod*
- GILENYA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	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.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Para adultos: ineficacia o reacciones adversas clínicamente significativas de Aubagio y glatiramer.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

GLATIRAMER

Productos Afectados

- *glatiramer*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

GLATOPA

Productos Afectados

- *glatopa*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

GLYBURIDE

Productos Afectados

- *glyburide*
- *glyburide micronized*
- *glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 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	Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: glipizide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

GUANFACINE

Productos Afectados

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

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

HP ACTHAR

Productos Afectados

- ACTHAR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo para el espasmo infantil y la exacerbación de la esclerosis múltiple.
Duración de la Cobertura	Esclerosis múltiple: 21 días. Para otras indicaciones aprobadas: 28 días.
Otros Criterios	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM ANTIPSYCHOTICS

Productos Afectados

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

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 3% 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	<p>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. Espondiloartritis 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. Enfermedad de Crohn and Ulcerative colitis: Ineficacia de una de las</p>

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

HUMIRA PEDIATRIC

Productos Afectados

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

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

HUMIRA PSORIASIS

Productos Afectados

- HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-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 3% 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, Reumatólogo, Oftalmólogo, Gastroenterólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

IMIPRAMINE

Productos Afectados

- *imipramine hcl*
- *imipramine pamoate*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

INCRELEX

Productos Afectados

- INCRELEX

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Pacientes pediátricos con neoplasia maligna o antecedentes de malignidad. Utilizar para estimular el crecimiento en pacientes con epífisis cerradas.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Endocrinólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

INDOMETHACIN

Productos Afectados

- *indomethacin oral capsule*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

INGREZZA

Productos Afectados

- INGREZZA
- INGREZZA INITIATION PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo, Psiquiatra.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

INVEGA HAFYERA

Productos Afectados

- INVEGA HAFYERA

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 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

INVEGA SUSTENNA

Productos Afectados

- INVEGA SUSTENNA

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 las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral paliperidone.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

INVEGA TRINZA

Productos Afectados

- INVEGA TRINZA

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 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ITRACONAZOLE

Productos Afectados

- *itraconazole 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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

KALYDECO

Productos Afectados

- KALYDECO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de una mutación en el gen regulador de conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que responde al ivacaftor.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

KERENDIA

Productos Afectados

- KERENDIA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante con un inhibidor potente de CYP3A4 o diagnóstico de insuficiencia suprarrenal.
Información Médica Requerida	Análisis de laboratorio en los últimos 30 días que documenten un nivel de potasio sérico inferior o igual a 5,0 mEq/L, una tasa de filtración glomerular estimada de al menos 25 ml/min/1,73 m ² y una proporción de albúmina a creatinina en orina (UACR) de al menos 30 mg/g (2) Recibir terapia simultánea con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (inhibidor de la ECA) o un bloqueador del receptor de angiotensina (ARB) a la dosis máxima tolerada indicada en la etiqueta, a menos que esté contraindicado (3) justificación médica de que un cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2) (Jardiance, Invokana, Farxiga, Steglatro) Y un antagonista de los receptores de mineralocorticoides esteroideos (espironolactona, eplerenona) se probaron y hubo ineficacia, están contraindicados o no serían médicamente apropiados para el paciente.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
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	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

KINERET

Productos Afectados

- KINERET

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	Artritis Reumatoide: 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: Enbrel, Humira, Rinvoq, o Xeljanz IR/XR.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

KORLYM

Productos Afectados

- KORLYM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	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..
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

Productos Afectados

- *ledipasvir-sofosbuvir*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	La duración se aplicará de acuerdo con la guía actual de AASLD/IDSA.
Otros Criterios	Hepatitis C: 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 (genérico Epclusa).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

LEUKINE

Productos Afectados

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Leucemia mieloide con exceso de blastocitos en la médula ósea o sangre periférica igual o superior al 10%.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, Oncólogo.
Duración de la Cobertura	3 meses.
Otros Criterios	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

LEUPROLIDE ACETATE

Productos Afectados

- *leuprolide (3 month)*
- *leuprolide subcutaneous kit*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oncólogo, Urólogo.
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 aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

LIDOCAINE PATCH

Productos Afectados

- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: Dolor asociado con neuropatía diabética, dolor asociado con neuropatía relacionada con el cáncer, neuralgia posherpética, dolor de espalda crónico u osteoartritis de rodilla o cadera.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

LUPRON DEPOT

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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.
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 aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

MEGESTROL

Productos Afectados

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

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

MEPROBAMATE

Productos Afectados

- *meprobamate*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

METHOCARBAMOL

Productos Afectados

- *methocarbamol oral*

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	Documentación que explique el beneficio específico establecido con el medicamento y cómo ese beneficio supera el riesgo potencial.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

METHOXSALLEN

Productos Afectados

- *methoxsalen*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Reumatólogo.
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: calcipotriene, clobetasol, cyclosporine, fluocinonide, methotrexate, o tazarotene.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

METHYLDOPA/HYDROCHLOROTHIAZIDE

Productos Afectados

- *methyldopa-hydrochlorothiazide*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

METYROSINE

Productos Afectados

- *metyrosine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Hipertensión esencial.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

MODAFINIL

Productos Afectados

- *modafinil*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

NAYZILAM

Productos Afectados

- NAYZILAM

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

NIVESTYM

Productos Afectados

- NIVESTYM INJECTION

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

NUCALA

Productos Afectados

- NUCALA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Alergista, Inmunólogo, Neumólogo, Reumatólogo, Hematólogo u Otorrinolaringólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

NUEDEXTA

Productos Afectados

- NUEDEXTA

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

NUPLAZID

Productos Afectados

- NUPLAZID

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

OCTREOTIDE

Productos Afectados

- *octreotide acetate injection 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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

OFEV

Productos Afectados

- OFEV

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh B o C).
Información Médica Requerida	Autorización inicial: Documentación de pruebas de función hepática. Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia y documentación de pruebas de función hepática.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	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	
Prerrequisito de la Parte B	No

OLANZAPINE ODT

Productos Afectados

- *olanzapine oral tablet, disintegrating*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

OLANZAPINE SOLUTION

Productos Afectados

- *olanzapine intramuscular*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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/m², de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m², o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m²], [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	

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

ORAL ANTIPSYCHOTICS

Productos Afectados

- *asenapine maleate*
- CAPLYTA
- FANAPT
- LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG
- *lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

ORENCIA

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Reumatólogo, Especialista en Trasplantes.
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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ORKAMBI

Productos Afectados

- ORKAMBI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de la mutación homocigota F508del en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

OTEZLA

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis con BSA del 2% o más o que afecta áreas cruciales del cuerpo 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 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 or phototherapy.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

OXANDROLONE

Productos Afectados

- *oxandrolone*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

OXBRYTA

Productos Afectados

- OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG
- OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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: Documentación de respuesta positiva a la terapia.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

OXERVATE

Productos Afectados

- OXERVATE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Diagnóstico de queratitis neurotrófica en estadio 2 o 3..
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oftalmólogo.
Duración de la Cobertura	8 semanas.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

OXTELLAR

Productos Afectados

- OXTELLAR XR ORAL TABLET
EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG,
300 MG, 600 MG

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	Ineficacia o efectos adversos clínicamente significativos de la oxcarbazepine de liberación inmediata.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

PAH

Productos Afectados

- *ambrisentan*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
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	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 pacientes con HAP sin tratamiento previo con FC II y III de la OMS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 la duración del tratamiento más allá de 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

PDE5 INHIBITORS

Productos Afectados

- *alyq*
- *sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet*
- *tadalafil (pulm. hypertension)*
- TADLIQ

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

PEGFILGRASTIM

Productos Afectados

- FULPHILA
- UDENYCA
- UDENYCA AUTOINJECTOR
- ZIEXTENZO

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

PHENOBARBITAL

Productos Afectados

- *phenobarbital*

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	Anticonvulsivo: 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, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

PIMECROLIMUS

Productos Afectados

- *pimecrolimus*

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 una 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 and 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

POSACONAZOLE

Productos Afectados

- NOXAFIL ORAL SUSPENSION
- *posaconazole oral*

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 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

PRADAXA PELLETS

Productos Afectados

- PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Pacientes pediátricos de 3 meses a menos de 12 años.
Restricciones del Profesional que Receta	
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

PREMARIN TABLETS

Productos Afectados

- PREMARIN ORAL

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	<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 or estradiol tablet.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

PREMPRO TABLETS

Productos Afectados

- PREMPRO

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	<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 or estradiol tablet.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

PREVYMIS

Productos Afectados

- PREVYMIS ORAL

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Especialista en Trasplantes.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 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.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

PROLASTIN C

Productos Afectados

- PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV
- PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Evidencia clínica de enfisema.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Niveles séricos de alfa-1 antitripsina (AAT) previos al tratamiento inferiores a 11 micromol/l (80 mg/dl por inmunodifusión radial o 50 mg/dl por nefelometría).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

PROLIA

Productos Afectados

- PROLIA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de la densidad mineral ósea (<i>Bone Mineral Density, BMD</i>) 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 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 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

PROMACTA

Productos Afectados

- PROMACTA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de recuento de plaquetas. Trombocitopenia en infección por hepatitis C: Documentación de tratamiento concomitante o planeado de la hepatitis C crónica con interferón.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Hematólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

PROTRIPTYLINE

Productos Afectados

- *protriptyline*

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	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	
Prerrequisito de la Parte B	No

PYRIMETHAMINE

Productos Afectados

- *pyrimethamine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Anemia por deficiencia de folato.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, Especialista en VIH, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Especialista en Trasplantes.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

QUININE

Productos Afectados

- *quinine sulfate*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Prevención o tratamiento de calambres nocturnos en las piernas.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	10 días.
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: chloroquine o hydroxychloroquine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 estatinas y la terapia con ezetimiba máximamente tolerada, a menos que sea intolerante o esté contraindicada con la terapia con estatinas o ezetimiba. 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	Cardiólogo, Endocrinólogo, 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).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

REXULTI

Productos Afectados

- REXULTI ORAL TABLET

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

REZUROCK

Productos Afectados

- REZUROCK

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

RINVOQ

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Reumatólogo, Dermatólogo, Gastroenterólogo.
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. Dermatitis atópica: 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: cyclosporine, azathioprine, methotrexate.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

RISPERDAL CONSTA

Productos Afectados

- RISPERDAL CONSTA
- UZEDY

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 las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral risperidone.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

RUFINAMIDE

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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 la suspensión de rufinamida: 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.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

SAPROPTERIN

Productos Afectados

- *sapropterin*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

SECUADO

Productos Afectados

- SECUADO

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

SIGNIFOR

Productos Afectados

- SIGNIFOR

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

SIRTURO

Productos Afectados

- SIRTURO ORAL TABLET 100 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

SKYRIZI

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis con una superficie corporal superior al 3% o que afecte áreas cruciales del cuerpo como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Gastroenterólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Psoriasis en Placas: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de uno 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

SOFOSBUVIR-VELPATASVIR

Productos Afectados

- *sofosbuvir-velpatasvir*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	La duración se aplicará de acuerdo con la guía actual de AASLD/IDSA.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

SOMAVERT

Productos Afectados

- SOMAVERT

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	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: octreotide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

SPRITAM

Productos Afectados

- SPRITAM

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

STELARA

Productos Afectados

- STELARA SUBCUTANEOUS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis con una superficie corporal superior al 3% o que afecte áreas cruciales del cuerpo como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Gastroenterólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	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 y 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

SYMDEKO

Productos Afectados

- SYMDEKO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

SYMPAZAN

Productos Afectados

- SYMPAZAN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
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: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

SYNAREL

Productos Afectados

- SYNAREL

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

TACROLIMUS OINTMENT

Productos Afectados

- *tacrolimus topical*

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 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

TAKHZYRO

Productos Afectados

- TAKHZYRO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	El diagnóstico de angioedema hereditario (AEH) debe confirmarse mediante un análisis de sangre.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Alergólogo, Inmunólogo, Hematólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

TALTZ

Productos Afectados

- TALTZ AUTOINJECTOR
- TALTZ SYRINGE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis con una superficie corporal superior al 3% o que afecte áreas cruciales del cuerpo 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 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. Espondiloartritis 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

TARGRETIN

Productos Afectados

- *bexarotene*
- TARGRETIN TOPICAL

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Oncólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

TAZORAC

Productos Afectados

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

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	Psoriasis en Placas: Ineficacia de una de las alternativas tópicas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: calcipotriene, clobetasol o fluocinonide. Acné vulgar: 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

TECFIDERA

Productos Afectados

- *dimethyl fumarate*

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Niveles séricos de testosterona documentados previos al tratamiento inferiores al límite de referencia más bajo del laboratorio dentro de los últimos 3 meses.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

TESTOSTERONE PUMP

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Niveles séricos de testosterona documentados previos al tratamiento inferiores al límite de referencia más bajo del laboratorio dentro de los últimos 3 meses.
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: testosterone cypionate, testosterone enanthate or testosterone transdermal gel o solution.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

TETRABENAZINE

Productos Afectados

- *tetrabenazine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso frecuente con un IMAO. Depresión no tratada o tratada inadecuadamente, o tendencias suicidas actuales.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

TIGECYCLINE

Productos Afectados

- *tigecycline*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

TOBI PODHALER

Productos Afectados

- TOBI PODHALER

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

TOBRAMYCIN SOLUTION

Productos Afectados

- *tobramycin in 0.225 % nacl*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
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 aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

TOLCAPONE

Productos Afectados

- *tolcapone*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de uso frecuente con levodopa y carbidopa.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
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: amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole, o selegiline.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRELSTAR

Productos Afectados

- TRELSTAR INTRAMUSCULAR
SUSPENSION FOR RECONSTITUTION

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	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	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRIENTINE

Productos Afectados

- *trientine oral capsule 250 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Cirrosis biliar, artritis reumatoide.
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 las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: penicillamine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRIHXYPHENIDYL

Productos Afectados

- *trihexyphenidyl*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Glaucoma de ángulo estrecho.
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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRIMIPRAMINE

Productos Afectados

- *trimipramine*

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	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	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRINTELLIX

Productos Afectados

- TRINTELLIX

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

UBRELVY

Productos Afectados

- UBRELVY

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Justificación médica que especifique que DOS medicamentos contra la migraña de diferentes clases de la lista de medicamentos se probaron y fueron ineficaces, están contraindicados o no serían médicamente apropiados. Las clases incluyen: (1) analgésicos: aspirin, naproxen, ibuprofen, diclofenac, celecoxib, indomethacin, nabumetone, y (2) Triptans- sumatriptan, rizatriptan/rizatriptan ODT.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo, Especialista en Dolor, Especialista en Dolor de Cabeza.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

VALCHLOR

Productos Afectados

- VALCHLOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Oncólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

VANCOMYCIN CAPSULE

Productos Afectados

- *vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Diarrea por Clostridium Difficile: Reautorización: Documentación de resultado positivo de toxina de C. Difficile en heces fecales.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

VASCEPA

Productos Afectados

- *icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram, 1 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

VEMLIDY

Productos Afectados

- VEMLIDY

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hepatólogo, Gastroenterólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

VERQUVO

Productos Afectados

- VERQUVO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
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).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

VIBERZI

Productos Afectados

- VIBERZI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Antecedentes de extracción de vesícula.
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 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

VORICONAZOLE

Productos Afectados

- *voriconazole intravenous*

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

XATMEP

Productos Afectados

- XATMEP

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oncólogo, Pediatra, Reumatólogo.
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 aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

XELJANZ

Productos Afectados

- XELJANZ ORAL SOLUTION
- XELJANZ XR
- XELJANZ ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, 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. Ulcerative colitis: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

XGEVA

Productos Afectados

- XGEVA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oncólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

XIFAXAN

Productos Afectados

- XIFAXAN

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	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: ciprofloxacina o levofloxacina.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

XOLAIR

Productos Afectados

- XOLAIR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Alergólogo, Dermatólogo, Inmunólogo, Neumólogo, Otorrinolaringólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

XYREM

Productos Afectados

- *sodium oxybate*
- XYREM

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ZARXIO

Productos Afectados

- ZARXIO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

ZEPATIER

Productos Afectados

- ZEPATIER

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	La duración se aplicará de acuerdo con la guía actual de AASLD/IDSA..
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

ZYPREXA RELPREVV

Productos Afectados

- ZYPREXA RELPREVV
INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR
RECONSTITUTION 210 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Historia documentada de consumo de oral olanzapine sin presentar efectos secundarios significativos desde el punto de vista clínico.
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: Invega Sustenna, Invega Trinza o Risperdal Consta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ÍNDICE DE MEDICAMENTOS

A	
ABELCET.....	1
ABILIFY ASIMTUFII	
INTRAMUSCULAR	
SUSPENSION,EXTENDED REL	
SYRING 720 MG/2.4 ML, 960 MG/3.2	
ML.....	2
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 ...	15, 17
acitretin	3
ACTHAR	69
ACTIMMUNE.....	4
adefovir	5
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET	
FOR SUSPENSION 2 MG	15, 17
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	7
AKEEGA	15, 17
ALECENSA.....	15, 17
alose tron	8
ALUNBRIG.....	15, 17
alyq.....	124
AMBISOME.....	9
ambrisentan	122
amitriptyline.....	10
amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet	
12.5-5 mg, 25-10 mg.....	10
amoxapine	11
amphotericin b	12
amphotericin b liposome.....	9
aprepitant.....	18
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400	
MG, 600 MG, 800 MG	13
ARCALYST	19
armodafinil.....	20
asenapine maleate	114
atovaquone	21
AUBAGIO	22
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG,	
9 MG	23
AUVELITY	24
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200	
MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG.....	15, 17
B	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4	
MG, 5 MG.....	15, 17
BESREMI	15, 17
bexarotene	164
BOSULIF.....	15, 17
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG ..	15, 17
BRONCHITOL.....	25
BRUKINSA	15, 17
C	
CABOMETYX	15, 17
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	
.....	15, 17
CAPLYTA	114
CAPRELSA	15, 17
casprofungin.....	26
CIMZIA	27, 28
CIMZIA POWDER FOR RECONST	27, 28
clobazam oral suspension	14
clobazam oral tablet	14
clomipramine	29
COMETRIQ.....	15, 17
COPIKTRA.....	15, 17
CORLANOR ORAL SOLUTION.....	31, 32
CORLANOR ORAL TABLET	31, 32
COSENTYX (2 SYRINGES).....	33, 34
COSENTYX PEN (2 PENS)	33, 34
COSENTYX SUBCUTANEOUS	
SYRINGE 75 MG/0.5 ML.....	33, 34
COSENTYX UNOREADY PEN	33, 34
COTELLIC	15, 17
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg..	35
D	
dalfampridine	36
DALIRESP	37
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25	
MG	15, 17

deferasirox oral tablet, dispersible	38
desipramine	39
dexmethylphenidate oral tablet	6
DIACOMIT	14
diazepam intensol	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	55
DUPIXENT PEN	47, 48
DUPIXENT SYRINGE	47, 48
E	
ELIGARD	49
ELIGARD (3 MONTH)	49
ELIGARD (4 MONTH)	49
ELIGARD (6 MONTH)	49
EMSAM	50
ENBREL	51, 52
ENBREL MINI	51, 52
ENBREL SURECLICK	51, 52
ENDARI	53
EPIDIOLEX	13
ERIVEDGE	15, 17
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG	15, 17
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg	15, 17
ESBRIET ORAL CAPSULE	54
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG	54
estradiol oral	55
estradiol transdermal patch weekly	55
everolimus (antineoplastic) oral tablet 15, 17	
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg, 5 mg	15, 17
EXKIVITY	15, 17
F	
FANAPT	114
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle	56

FETZIMA	57
fingolimod	63
FINTEPLA	14
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	59
FOTIVDA	15, 17
FULPHILA	125
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	13
FYCOMPA ORAL TABLET	13
G	
GAVRETO	15, 17
gefitinib	15, 17
GENOTROPIN	60, 61
GENOTROPIN MINIQUICK	60, 61
GILENYA	63
GILOTRIF	15, 17
glatiramer	64
glatopa	65
GLEOSTINE	15, 17
glyburide	66
glyburide micronized	66
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	66
guanfacine oral tablet	67, 68
guanfacine oral tablet extended release 24 hr	67, 68
H	
HUMIRA PEN	71, 72
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	71, 72
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS	74
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	71, 72
HUMIRA(CF)	71, 72
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	73
HUMIRA(CF) PEN	71, 72
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 71, 72	
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	73
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	71, 72
I	
IBRANCE	15, 17
icatibant	58

ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG.....	15, 17
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram, 1 gram	182
IDHIFA.....	15, 17
imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg...	15, 17
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG	15, 17
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION.	15, 17
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	15, 17
imipramine hcl	75
imipramine pamoate.....	75
INCRELEX.....	76
indomethacin oral capsule.....	77
INGREZZA.....	78
INGREZZA INITIATION PACK	78
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG.	15, 17
INQOVI	15, 17
INREBIC.....	15, 17
INVEGA HAFYERA	80
INVEGA SUSTENNA	81
INVEGA TRINZA.....	82
IRESSA.....	15, 17
itraconazole oral solution	83
J	
JAKAFI.....	15, 17
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	15, 17
K	
KALYDECO.....	84
KERENDIA	85, 86
KINERET	87
KISQALI FEMARA CO-PACK	15, 17
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)....	15, 17
KORLYM	88
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	15, 17
KRAZATI.....	15, 17
L	
lapatinib.....	15, 17
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG.....	114
ledipasvir-sofosbuvir.....	89
lenalidomide.....	15, 17
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).....	15, 17
LEUKINE INJECTION RECON SOLN..	90
leuprolide (3 month)	91
leuprolide subcutaneous kit.....	91
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.....	92
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	93
LONSURF	15, 17
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	15, 17
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG	15, 17
LUPRON DEPOT.....	94
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	94
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	94
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	94
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	114
LYNPARZA	15, 17
LYTGOBI.....	15, 17
M	
MATULANE	15, 17
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml).....	96
megestrol oral tablet.....	96
MEKINIST ORAL RECON SOLN ...	15, 17
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	15, 17
MEKTOVI.....	15, 17
meprobamate.....	97
methocarbamol oral	98
methoxsalen	99
methyl dopa-hydrochlorothiazide	100
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
metirosine.....	101
modafinil.....	102
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	70
MOVANTIK.....	30
N	
NAYZILAM	103
NERLYNX	15, 17
NEXAVAR.....	15, 17
NINLARO.....	16, 17
NIVESTYM INJECTION	104
NOXAFIL ORAL SUSPENSION.....	128
NUBEQA.....	16, 17
NUCALA.....	105
NUDEXTA.....	106
NUPLAZID.....	107
O	
octreotide acetate injection solution.....	108
ODOMZO	16, 17
OFEV	109
olanzapine intramuscular	111
olanzapine oral tablet,disintegrating	110
OMNITROPE	112, 113
ONUREG.....	16, 17
ORENCIA CLICKJECT.....	115
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML.....	115
ORGOVYX.....	16, 17
ORKAMBI.....	116
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG	16, 17
OTEZLA	117
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47).....	117
oxandrolone.....	118
OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG	119

OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION	119
OXERVATE.....	120
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG, 600 MG.....	121
P	
PANRETIN.....	16, 17
PEMAZYRE.....	16, 17
perphenazine-amitriptyline	10
phenobarbital.....	126
pimecrolimus.....	127
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
pirfenidone oral capsule.....	54
pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801 mg	54
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	79
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	79
POMALYST.....	16, 17
posaconazole oral.....	128
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET	129
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg	95
pregabalin oral solution.....	95
PREMARIN ORAL	130
PREMPRO.....	131
PREVYMIS ORAL	132
PROCRIT 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
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	134
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN	134
PROLIA	135
PROMACTA	136
promethazine oral.....	137

promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg 137

promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg 137

protriptyline..... 138

PURIXAN..... 16, 17

pyrimethamine 139

Q

QINLOCK..... 16, 17

quinine sulfate..... 140

R

REBIF (WITH ALBUMIN) 79

REBIF REBIDOSE..... 79

REBIF TITRATION PACK 79

REPATHA PUSHTRONEX..... 141, 142

REPATHA SURECLICK..... 141, 142

REPATHA SYRINGE..... 141, 142

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

RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG 16, 17

REVLIMID..... 16, 17

REXULTI ORAL TABLET 144

REZLIDHIA 16, 17

REZUROCK..... 145

RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG 146

RISPERDAL CONSTA..... 147

roflumilast..... 37

ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG 16, 17

RUBRACA 16, 17

rufinamide oral suspension 148

rufinamide oral tablet..... 148

RYDAPT..... 16, 17

S

sapropterin..... 149

SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG 16, 17

SECUADO..... 150

SIGNIFOR 151

sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 124

SIRTURO ORAL TABLET 100 MG..... 152

SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN
INJECTOR..... 153

SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE
150 MG/ML 153

SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE
INJECTOR..... 153

sodium oxybate 193

sofosbuvir-velpatasvir..... 154

SOMAVERT..... 155

sorafenib..... 16, 17

SPRITAM 156

SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG . 16, 17

STELARA SUBCUTANEOUS..... 157

STIVARGA 16, 17

sunitinib malate..... 16, 17

SUTENT 16, 17

SYMDEKO..... 158

SYMPAZAN..... 159

SYNAREL 160

SYNRIBO 16, 17

T

TABLOID..... 16, 17

TABRECTA 16, 17

tacrolimus topical..... 161

tadalafil (pulm. hypertension)..... 124

TADLIQ..... 124

TAFINLAR..... 16, 17

TAGRISO 16, 17

TAKHZYRO..... 162

TALTZ AUTOINJECTOR..... 163

TALTZ SYRINGE..... 163

TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG 16, 17

TARGRETIN TOPICAL 164

TASIGNA..... 16, 17

tazarotene topical cream 165

tazarotene topical gel 165

TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % 165

TAZORAC TOPICAL GEL..... 165

TAZVERIK..... 16, 17

TEPMETKO 16, 17

teriflunomide..... 22

teriparatide 123

testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml.....	167	VENCLEXTA STARTING PACK	16, 17
testosterone enanthate	167	VERQUVO	184
testosterone transdermal gel in metered-dose pump	167, 168	VERZENIO.....	16, 17
testosterone transdermal gel in packet ...	167, 168	VIBERZI.....	185
testosterone transdermal solution in metered pump w/app.....	167	VIIBRYD ORAL TABLET.....	186
tetrabenazine	169	VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23).....	186
THALOMID	16, 17	vilazodone.....	186
thioridazine	70	VIMPAT ORAL TABLET	14
TIBSOVO	16, 17	VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	16, 17
tigecycline	170	VITRAKVI ORAL SOLUTION	16, 17
TOBI PODHALER.....	171	VIZIMPRO	16, 17
tobramycin in 0.225 % nacl	172	VONJO	16, 17
tolcapone	173	voriconazole intravenous	187
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	174	VOTRIENT.....	16, 17
trientine oral capsule 250 mg	175	VRAYLAR ORAL CAPSULE.....	114
trihexyphenidyl	176	VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK.....	114
trimipramine.....	177	W	
TRINTELLIX	178	WELIREG.....	16, 17
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).....	16, 17	X	
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	16, 17	XALKORI.....	16, 17
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	16, 17	XATMEP	188
TYMLOS	123	XELJANZ ORAL SOLUTION	189
U		XELJANZ ORAL TABLET.....	189
UBRELVY.....	179	XELJANZ XR	189
UDENYCA.....	125	XERMELO	16, 17
UDENYCA AUTOINJECTOR.....	125	XGEVA.....	190
UZEDY	147	XIFAXAN.....	191
V		XOLAIR	192
VALCHLOR.....	180	XOSPATA	16, 17
vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg	181	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)	16, 17
VANFLYTA.....	16, 17	XTANDI.....	16, 17
VEMLIDY	183	XYREM	193
VENCLEXTA.....	16, 17	Y	
		YONSA.....	16, 17
		Z	
		ZARXIO	194
		ZEJULA ORAL CAPSULE	16, 17

ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200
MG, 300 MG..... 16, 17
ZELBORAF 16, 17
ZEPATIER..... 195
ZIEXTENZO 125
ziprasidone mesylate 62

ZOLINZA 16, 17
ZYDELIG 16, 17
ZYKADIA 16, 17
ZYPREXA RELPREVV
INTRAMUSCULAR SUSPENSION
FOR RECONSTITUTION 210 MG... 196