

Criterio de Autorización Previa  
Última Actualización: 20 de agosto de 2024  
Fecha de Entrada en Vigencia: 1 de septienmer de 2024



## **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

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

# ACITRETIN

## Productos Afectados

- *acitretin*

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

# ACTIMMUNE

---

## Productos Afectados

- ACTIMMUNE

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

# ADEFOVIR

---

## Productos Afectados

- *adefovir*

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

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

# AIMOVIG

## Productos Afectados

- AIMOVIG AUTOINJECTOR

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

# ALOSETRON

---

## Productos Afectados

- *alosetron*

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

# AMBISOME

## Productos Afectados

- AMBISOME
- *amphotericin b liposome*

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

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

# AMPHOTERICIN B

---

## Productos Afectados

- *amphotericin b*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	
<b>Prerrequisito de la Parte B</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
- MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG
- VIMPAT ORAL TABLET

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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

# ANTINEOPLASTIC

---

## Productos Afectados

- *abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg*
- AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG
- AKEEGA
- ALECENSA
- ALUNBRIG
- AUGTYRO
- 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
- 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
- FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG
- 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
- IWILFIN
- 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 X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)
- LONSURF
- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG
- LYNPARZA
- LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)

- MATULANE
- MEKINIST ORAL RECON SOLN
- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG
- MEKTOVI
- NERLYNX
- NEXAVAR
- NINLARO
- NUBEQA
- ODOMZO
- OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG
- OJEMDA 100 MG TAB (400 MG DOSE)
- OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION
- OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)
- OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG
- ONUREG
- ORGOVYX
- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG
- PANRETIN
- *pazopanib*
- 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
- ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET
- RUBRACA
- RYDAPT
- SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 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
- *torpenz*
- TRUQAP
- 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 ORAL CAPSULE
- XALKORI ORAL PELLETT 150 MG, 20 MG, 50 MG
- 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

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

# APREPITANT

## Productos Afectados

- *aprepitant*

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

# ARCALYST

---

## Productos Afectados

- ARCALYST

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

# ARMODAFINIL

## Productos Afectados

- *armodafinil*

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

# ATOVAQUONE

## Productos Afectados

- *atovaquone*

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

# AUBAGIO

---

## Productos Afectados

- AUBAGIO
- *teriflunomide*

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

# AUSTEDO

## Productos Afectados

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

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

# AUVELITY

---

## Productos Afectados

- AUVELITY

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

# BRONCHITOL

## Productos Afectados

- BRONCHITOL

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

# CASPOFUNGIN

---

## Productos Afectados

- *casposfungin*

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

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

# CLOMIPRAMINE

## Productos Afectados

- *clomipramine*

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

# CONSTIPATION AGENTS

## Productos Afectados

- MOVANTIK

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

# CORLANOR

## Productos Afectados

- CORLANOR ORAL SOLUTION
  - CORLANOR ORAL TABLET
- *ivabradine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	<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>
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Cardiólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

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

# COSENTYX

## Productos Afectados

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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis con una superficie corporal superior al 3% o que afecte áreas cruciales del cuerpo como manos, pies, cara o genitales.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo, Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Espondilitis Anquilosante: 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).
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

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

# CYCLOBENZAPRINE

## Productos Afectados

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg*

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

# DALFAMPRIDINE

## Productos Afectados

- *dalfampridine*

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

# DALIRESP

## Productos Afectados

- DALIRESP
- *roflumilast*

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

# DEFERASIROX

---

## Productos Afectados

- *deferasirox oral tablet, dispersible*

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

# DESIPRAMINE

## Productos Afectados

- *desipramine*

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

# DIAZEPAM SOLUTION

## Productos Afectados

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

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

# DIMETHYL FUMARATE

---

## Productos Afectados

- *dimethyl fumarate*

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

# DISOPYRAMIDE

## Productos Afectados

- *disopyramide phosphate oral capsule*

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

# DOXEPIIN

## Productos Afectados

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

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

# DRIZALMA

---

## Productos Afectados

- DRIZALMA SPRINKLE

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

# DRONABINOL

## Productos Afectados

- *dronabinol*

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

# DROXIDOPA

---

## Productos Afectados

- *droxidopa*

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

# DUPIXENT

## Productos Afectados

- DUPIXENT PEN
- DUPIXENT SYRINGE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	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.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	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.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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

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

# ELIGARD

---

## Productos Afectados

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

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

# EMSAM

## Productos Afectados

- EMSAM

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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

# ENDARI

---

## Productos Afectados

- ENDARI
- *glutamine (sickle cell)*

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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	
<b>Prerrequisito de la Parte B</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 ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)
- FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR

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

# FIRAZYR

## Productos Afectados

- *icatibant*

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

# FIRMAGON

---

## Productos Afectados

- FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Oncólogo, Urólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	
<b>Prerrequisito de la Parte B</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/m<sup>2</sup>, de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m<sup>2</sup>, o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>], [glucagon de 3 mcg/L o menos], [Arg de 0.4 mcg/L o menos]) o deficiencia documentada de tres hormonas de la hipófisis anterior (prolactina, ACTH, TSH, FSH/LH) y el nivel de IFG-1/somatomedin C es inferior al rango normal ajustado a la edad y al sexo según lo indicado por un análisis de laboratorio del médico.</p> <p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (reautorización): Documentación de experiencia positiva por parte del paciente.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Endocrinólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	

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

# GEODON SOLUTION

## Productos Afectados

- *ziprasidone mesylate*

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

# GILENYA

## Productos Afectados

- *fingolimod*
- GILENYA

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

# GLATIRAMER

---

## Productos Afectados

- *glatiramer*

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

# GLATOPA

---

## Productos Afectados

- *glatopa*

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

# GLP1

## Productos Afectados

- OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)
- TRULICITY
- VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 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	
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*

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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

# HP ACTHAR

## Productos Afectados

- ACTHAR

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

# HRM ANTIPSYCHOTICS

## Productos Afectados

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

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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis de más del 3% de la superficie corporal o que afecta zonas importantes del cuerpo como manos, pies, cara o genitales.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo, Gastroenterólogo, Oftalmólogo, Reumatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis Psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. 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

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

# HUMIRA PEDIATRIC

## Productos Afectados

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

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

# HUMIRA PSORIASIS

## Productos Afectados

- HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL  
HS

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

# IMIPRAMINE

## Productos Afectados

- *imipramine hcl*
- *imipramine pamoate*

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

# INCRELEX

## Productos Afectados

- INCRELEX

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

# INDOMETHACIN

## Productos Afectados

- *indomethacin oral capsule*

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

# INGREZZA

## Productos Afectados

- INGREZZA
- INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)
- INGREZZA SPRINKLE

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

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

# INVEGA HAFYERA

---

## Productos Afectados

- INVEGA HAFYERA

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

# INVEGA SUSTENNA

---

## Productos Afectados

- INVEGA SUSTENNA

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

# INVEGA TRINZA

---

## Productos Afectados

- INVEGA TRINZA

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

# ITRACONAZOLE

---

## Productos Afectados

- *itraconazole oral solution*

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

# JYLAMVO

---

## Productos Afectados

- JYLAMVO

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

# KALYDECO

---

## Productos Afectados

- KALYDECO

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

# KERENDIA

## Productos Afectados

- KERENDIA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante con un inhibidor potente de CYP3A4 o diagnóstico de insuficiencia suprarrenal.
<b>Información Médica Requerida</b>	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 <sup>2</sup> 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.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

# KINERET

## Productos Afectados

- KINERET

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

# KORLYM

## Productos Afectados

- KORLYM
- *mifepristone oral tablet 300 mg*

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

# LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

## Productos Afectados

- *ledipasvir-sofosbuvir*

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

# LEUKINE

## Productos Afectados

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

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

# LEUPROLIDE ACETATE

## Productos Afectados

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

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

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

# LIDOCAINE PATCH

## Productos Afectados

- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*
- *tridacaine*

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

# LUPRON DEPOT

## Productos Afectados

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

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

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

# MEPROBAMATE

## Productos Afectados

- *meprobamate*

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

# METHOCARBAMOL

## Productos Afectados

- *methocarbamol oral*

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

# METHOXSALLEN

## Productos Afectados

- *methoxsalen*

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

# METHYLDOPA/HYDROCHLOROTHIAZIDE

## Productos Afectados

- *methyldopa-hydrochlorothiazide*

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

# METYROSINE

---

## Productos Afectados

- *metyrosine*

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

# MODAFINIL

## Productos Afectados

- *modafinil*

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

# NAYZILAM

---

## Productos Afectados

- LIBERVANT
- NAYZILAM

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

# NIVESTYM

---

## Productos Afectados

- NIVESTYM INJECTION

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

# NUCALA

## Productos Afectados

- NUCALA

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

# NUEDEXTA

---

## Productos Afectados

- NUEDEXTA

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

# NUPLAZID

---

## Productos Afectados

- NUPLAZID

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

# OCTREOTIDE

---

## Productos Afectados

- *octreotide acetate injection solution*

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

# OFEV

## Productos Afectados

- OFEV

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh B o C).
<b>Información Médica Requerida</b>	Autorización inicial: Documentación de pruebas de función hepática. Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia y documentación de pruebas de función hepática.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neumólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

# OLANZAPINE ODT

## Productos Afectados

- *olanzapine oral tablet, disintegrating*

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

# OLANZAPINE SOLUTION

---

## Productos Afectados

- *olanzapine intramuscular*

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

# OMNITROPE

## Productos Afectados

- OMNITROPE

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

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

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

# ORENCIA

## Productos Afectados

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

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

# ORKAMBI

## Productos Afectados

- ORKAMBI

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

# OTEZLA

## Productos Afectados

- OTEZLA ORAL TABLET 30 MG MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG
- OTEZLA STARTER ORAL (4)-30 MG(19)  
TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20

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 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

# OXANDROLONE

---

## Productos Afectados

- *oxandrolone*

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

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

# OXTELLAR

---

## Productos Afectados

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

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

# PAH

## Productos Afectados

- *ambrisentan*

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

# PARATHYROID HORMONE ANALOGS

## Productos Afectados

- *teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)*
- 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
- UDENYCA ONBODY
- 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*

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

# PIMECROLIMUS

## Productos Afectados

- *pimecrolimus*

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

# POSACONAZOLE

## Productos Afectados

- NOXAFIL ORAL SUSPENSION
- *posaconazole oral*

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

# PRADAXA PELLETS

---

## Productos Afectados

- PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Pacientes pediátricos de 3 meses a menos de 12 años.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

# PREMARIN TABLETS

## Productos Afectados

- PREMARIN ORAL

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

# PREMPRO TABLETS

## Productos Afectados

- PREMPRO

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

# PREVYMIS

---

## Productos Afectados

- PREVYMIS ORAL

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

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

# PROLIA

## Productos Afectados

- PROLIA

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

# PROMACTA

## Productos Afectados

- PROMACTA

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

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

# PYRIMETHAMINE

## Productos Afectados

- *pyrimethamine*

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

# QUININE

## Productos Afectados

- *quinine sulfate*

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

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

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

# REZUROCK

---

## Productos Afectados

- REZUROCK

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

# RINVOQ

## Productos Afectados

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

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

# RISPERDAL CONSTA

## Productos Afectados

- RISPERDAL CONSTA
- *risperidone microspheres*
- 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*

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

# SAPROPTERIN

## Productos Afectados

- *sapropterin*

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

# SECUADO

## Productos Afectados

- SECUADO

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

# SIGNIFOR

---

## Productos Afectados

- SIGNIFOR

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

# SIRTURO

---

## Productos Afectados

- SIRTURO ORAL TABLET 100 MG

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

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

# SOMAVERT

## Productos Afectados

- SOMAVERT

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

# SPRITAM

## Productos Afectados

- SPRITAM

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

# STELARA

## Productos Afectados

- STELARA SUBCUTANEOUS

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

# SYMDEKO

## Productos Afectados

- SYMDEKO

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de mutación F508 del homocigótica o al menos una mutación en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que responde a tezacaftor/ivacaftor.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

# SYMPAZAN

## Productos Afectados

- SYMPAZAN

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

# SYNAREL

---

## Productos Afectados

- SYNAREL

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

# TACROLIMUS OINTMENT

---

## Productos Afectados

- *tacrolimus topical*

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

# TAKHZYRO

---

## Productos Afectados

- TAKHZYRO

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

# TALTZ

## Productos Afectados

- TALTZ AUTOINJECTOR
- TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML

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	

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

# TARGRETIN

## Productos Afectados

- *bexarotene*
- TARGRETIN TOPICAL

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

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

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

# TESTOSTERONE PUMP

## Productos Afectados

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

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

# TETRABENAZINE

## Productos Afectados

- *tetrabenazine*

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

# TIGECYCLINE

---

## Productos Afectados

- *tigecycline*

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

# TOBI PODHALER

---

## Productos Afectados

- TOBI PODHALER

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

# TOBRAMYCIN SOLUTION

---

## Productos Afectados

- *tobramycin in 0.225 % nacl*

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

# TOLCAPONE

## Productos Afectados

- *tolcapone*

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

# TRELSTAR

---

## Productos Afectados

- TRELSTAR INTRAMUSCULAR  
SUSPENSION FOR RECONSTITUTION

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

# TRIENTINE

## Productos Afectados

- *trientine oral capsule 250 mg*

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

# TRIHXYPHENIDYL

## Productos Afectados

- *trihexyphenidyl*

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

# TRIMIPRAMINE

## Productos Afectados

- *trimipramine*

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

# TRINTELLIX

## Productos Afectados

- TRINTELLIX

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

# UBRELVY

## Productos Afectados

- UBRELVY

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

# VALCHLOR

---

## Productos Afectados

- VALCHLOR

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

# VANCOMYCIN CAPSULE

---

## Productos Afectados

- *vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg*

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

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

# VERQUVO

---

## Productos Afectados

- VERQUVO

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

# VIBERZI

## Productos Afectados

- VIBERZI

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



# VORICONAZOLE

---

## Productos Afectados

- *voriconazole intravenous*

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

# XATMEP

---

## Productos Afectados

- XATMEP

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

# XGEVA

---

## Productos Afectados

- XGEVA

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

# XIFAXAN

## Productos Afectados

- XIFAXAN

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

# XOLAIR

## Productos Afectados

- XOLAIR

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

# XYREM

## Productos Afectados

- *sodium oxybate*
- XYREM

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

# ZARXIO

---

## Productos Afectados

- ZARXIO

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

# ZEPATIER

## Productos Afectados

- ZEPATIER

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

# ZYPREXA RELPREVV

## Productos Afectados

- ZYPREXA RELPREVV  
INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR  
RECONSTITUTION 210 MG

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Historia documentada de consumo de oral olanzapine sin presentar efectos secundarios significativos desde el punto de vista clínico.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Invega Sustenna, Invega Trinza o Risperdal Consta.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	
<b>Prerrequisito de la Parte B</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 ...	16, 18
acitretin .....	3
ACTHAR .....	71
ACTIMMUNE.....	4
adefovir .....	5
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG.....	16, 18
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	7
AKEEGA .....	16, 18
ALECENSA.....	16, 18
alose tron .....	8
ALUNBRIG.....	16, 18
alyq.....	127
AMBISOME.....	9
ambrisentan.....	125
amitriptyline.....	10
amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg.....	10
amoxapine .....	11
amphotericin b .....	12
amphotericin b liposome.....	9
aprepitant.....	19
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG.....	13
ARCALYST .....	20
armodafinil.....	21
asenapine maleate .....	117
atovaquone .....	22

AUBAGIO .....	23
AUGTYRO.....	16, 18
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG.....	24
AUVELITY .....	25
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG.....	16, 18

### B

BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG.....	16, 18
BESREMI.....	16, 18
bexarotene.....	168
BOSULIF.....	16, 18
BRAFTOVI.....	16, 18
BRONCHITOL.....	26
BRUKINSA .....	16, 18

### C

CABOMETYX .....	16, 18
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .....	16, 18
CAPLYTA .....	117
CAPRELSA .....	16, 18
casprofungin.....	27
CIMZIA .....	28, 29
CIMZIA POWDER FOR RECONST	28, 29
clobazam oral suspension .....	14, 15
clobazam oral tablet.....	14, 15
clomipramine .....	30
COMETRIQ.....	16, 18
COPIKTRA.....	16, 18
CORLANOR ORAL SOLUTION.....	32, 33
CORLANOR ORAL TABLET .....	32, 33
COSENTYX (2 SYRINGES).....	34, 35
COSENTYX PEN (2 PENS) .....	34, 35
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML.....	34, 35
COSENTYX UNOREADY PEN .....	34, 35
COTELLIC .....	16, 18
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg..	36

### D

dalfampridine .....	37
DALIRESP .....	38
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG.....	16, 18

deferasirox oral tablet, dispersible .....	39
desipramine .....	40
dexmethylphenidate oral tablet .....	6
DIACOMIT.....	14, 15
diazepam intensol.....	41
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml) .....	41
dimethyl fumarate .....	42, 170
disopyramide phosphate oral capsule .....	43
doxepin oral capsule .....	44
doxepin oral concentrate .....	44
DRIZALMA SPRINKLE .....	45
dronabinol .....	46
droxidopa .....	47
DUAVEE .....	56
DUPIXENT PEN .....	48, 49
DUPIXENT SYRINGE .....	48, 49
<b>E</b>	
ELIGARD .....	50
ELIGARD (3 MONTH).....	50
ELIGARD (4 MONTH).....	50
ELIGARD (6 MONTH).....	50
EMSAM.....	51
ENBREL .....	52, 53
ENBREL MINI.....	52, 53
ENBREL SURECLICK.....	52, 53
ENDARI .....	54
EPIDIOLEX.....	13
ERIVEDGE.....	16, 18
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG .....	16, 18
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg .....	16, 18
ESBRIET ORAL CAPSULE.....	55
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG .....	55
estradiol oral.....	56
estradiol transdermal patch weekly.....	56
everolimus (antineoplastic) oral tablet 16, 18	
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg, 5 mg.....	16, 18
EXKIVITY .....	16, 18
<b>F</b>	
FANAPT .....	117
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle .....	57

FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26).....	58
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR .....	58
fingolimod.....	64
FINTEPLA.....	14, 15
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE .....	60
FOTIVDA.....	16, 18
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG .....	16, 18
FULPHILA .....	128
FYCOMPA ORAL SUSPENSION .....	13
FYCOMPA ORAL TABLET.....	13
<b>G</b>	
GAVRETO .....	16, 18
gefitinib.....	16, 18
GENOTROPIN .....	61, 62
GENOTROPIN MINIQUICK .....	61, 62
GILENYA.....	64
GILOTRIF .....	16, 18
glatiramer .....	65
glatopa.....	66
GLEOSTINE.....	16, 18
glutamine (sickle cell).....	54
glyburide .....	68
glyburide micronized .....	68
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg.....	68
guanfacine oral tablet .....	69, 70
guanfacine oral tablet extended release 24 hr .....	69, 70
<b>H</b>	
HUMIRA PEN.....	73, 74
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START .....	73, 74
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS .....	76
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML .....	73, 74
HUMIRA(CF).....	73, 74
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER .....	75
HUMIRA(CF) PEN .....	73, 74

HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 73,  
74  
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC..... 75  
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS  
..... 73, 74

**I**

IBRANCE..... 16, 18  
icatibant..... 59  
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG,  
30 MG, 45 MG..... 16, 18  
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram, 1  
gram ..... 186  
IDHIFA ..... 16, 18  
imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg... 16, 18  
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG,  
70 MG ..... 16, 18  
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION. 16, 18  
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG,  
280 MG, 420 MG, 560 MG ..... 16, 18  
imipramine hcl ..... 77  
imipramine pamoate..... 77  
INCRELEX..... 78  
indomethacin oral capsule..... 79  
INGREZZA..... 80  
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 80  
INGREZZA SPRINKLE ..... 80  
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG. 16,  
18  
INQOVI ..... 16, 18  
INREBIC..... 16, 18  
INVEGA HAFYERA ..... 82  
INVEGA SUSTENNA ..... 83  
INVEGA TRINZA..... 84  
IRESSA..... 16, 18  
itraconazole oral solution ..... 85  
ivabradine..... 32, 33  
IWILFIN ..... 16, 18

**J**

JAKAFI..... 16, 18  
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50  
MG ..... 16, 18  
JYLAMVO ..... 86

**K**

KALYDECO..... 87  
KERENDIA ..... 88, 89  
KINERET ..... 90

KISQALI FEMARA CO-PACK ..... 16, 18  
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY  
(200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X  
2), 600 MG/DAY (200 MG X 3).... 16, 18  
KORLYM..... 91  
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25  
MG ..... 16, 18  
KRAZATI..... 16, 18

**L**

lapatinib..... 16, 18  
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20  
MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG..... 117  
ledipasvir-sofosbuvir..... 92  
lenalidomide..... 16, 18  
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY  
(10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3),  
14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18  
MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20  
MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10  
MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY  
(4 MG X 2)..... 16, 18  
LEUKINE INJECTION RECON SOLN.. 93  
leuprolide (3 month) ..... 94  
leuprolide subcutaneous kit..... 94  
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..... 95  
LIBERVANT ..... 106  
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5  
% ..... 96  
LONSURF ..... 16, 18  
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25  
MG ..... 16, 18  
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG,  
320 MG ..... 16, 18  
LUPRON DEPOT..... 97  
LUPRON DEPOT (3 MONTH) ..... 97  
LUPRON DEPOT (4 MONTH) ..... 97  
LUPRON DEPOT (6 MONTH) ..... 97  
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40  
mg, 60 mg, 80 mg ..... 117  
LYNPARZA ..... 16, 18  
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY  
(4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4),  
20 MG/DAY (4 MG X 5) ..... 16, 18

**M**

MATULANE .....	17, 18
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml).....	99
megestrol oral tablet.....	99
MEKINIST ORAL RECON SOLN ...	17, 18
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG .....	17, 18
MEKTOVI .....	17, 18
meprobamate.....	100
methocarbamol oral .....	101
methoxsalen .....	102
methyl dopa-hydrochlorothiazide .....	103
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 .....	171
metirosine.....	104
mifepristone oral tablet 300 mg .....	91
modafinil.....	105
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	72
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG..	14, 15
MOVANTIK.....	31

**N**

NAYZILAM .....	106
NERLYNX .....	17, 18
NEXAVAR.....	17, 18
NINLARO.....	17, 18
NIVESTYM INJECTION .....	107
NOXAFIL ORAL SUSPENSION .....	131
NUBEQA .....	17, 18
NUCALA.....	108
NUEDEXTA.....	109
NUPLAZID.....	110

**O**

octreotide acetate injection solution.....	111
ODOMZO .....	17, 18
OFEV .....	112

OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG.....	17, 18
OJEMDA 100 MG TAB (400 MG DOSE) .....	17, 18
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION .....	17, 18
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5).....	17, 18
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG.....	17, 18
olanzapine intramuscular .....	114
olanzapine oral tablet,disintegrating .....	113
OMNITROPE .....	115, 116
ONUREG.....	17, 18
ORENCIA CLICKJECT.....	118
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML.....	118
ORGOVYX.....	17, 18
ORKAMBI.....	119
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG .....	17, 18
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG .....	120
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) .....	120
oxandrolone.....	121
OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG .....	122
OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION .....	122
OXERVATE .....	123
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG, 600 MG.....	124
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML).....	67

**P**

PANRETIN.....	17, 18
pazopanib .....	17, 18
PEMAZYRE.....	17, 18
perphenazine-amitriptyline .....	10

phenobarbital..... 129  
pimecrolimus..... 130  
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) ..... 17, 18  
pirfenidone oral capsule..... 55  
pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801  
mg ..... 55  
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN  
INJECTOR 125 MCG/0.5 ML ..... 81  
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE  
125 MCG/0.5 ML ..... 81  
POMALYST ..... 17, 18  
posaconazole oral..... 131  
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET  
..... 132  
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg,  
200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg,  
75 mg ..... 98  
pregabalin oral solution..... 98  
PREMARIN ORAL ..... 133  
PREMPRO ..... 134  
PREVYMIS ORAL ..... 135  
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 ..... 136  
PROLASTIN-C INTRAVENOUS  
SOLUTION..... 137  
PROLIA ..... 138  
PROMACTA ..... 139  
promethazine oral..... 140  
promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25  
mg ..... 140  
promethegan rectal suppository 25 mg, 50  
mg ..... 140  
protriptyline..... 141  
PURIXAN..... 17, 18  
pyrimethamine ..... 142  
**Q**  
QINLOCK..... 17, 18  
quinine sulfate ..... 143  
**R**  
REBIF (WITH ALBUMIN) ..... 81  
REBIF REBIDOSE..... 81

REBIF TITRATION PACK ..... 81  
REPATHA PUSHTRONEX..... 144, 145  
REPATHA SURECLICK..... 144, 145  
REPATHA SYRINGE..... 144, 145  
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 ... 146  
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80  
MG ..... 17, 18  
REVLIMID ..... 17, 18  
REXULTI ORAL TABLET ..... 147  
REZLIDHIA ..... 17, 18  
REZUROCK..... 148  
RINVOQ LQ..... 149  
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED  
RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45  
MG ..... 149  
RISPERDAL CONSTA..... 150  
risperidone microspheres ..... 150  
roflumilast ..... 38  
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG,  
200 MG ..... 17, 18  
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN  
PACKET..... 17, 18  
RUBRACA ..... 17, 18  
rufinamide oral suspension ..... 151  
rufinamide oral tablet..... 151  
RYDAPT..... 17, 18  
**S**  
sapropterin..... 152  
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20  
MG, 40 MG..... 17, 18  
SECUADO..... 153  
SIGNIFOR ..... 154  
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 127  
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG.... 155  
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN  
INJECTOR..... 156  
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE  
150 MG/ML ..... 156  
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE  
INJECTOR..... 156  
sodium oxybate ..... 197  
sofosbuvir-velpatasvir..... 157  
SOMAVERT..... 158

sorafenib..... 17, 18  
 SPRITAM ..... 159  
 SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140  
 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG . 17,  
 18  
 STELARA SUBCUTANEOUS..... 160  
 STIVARGA ..... 17, 18  
 sunitinib malate..... 17, 18  
 SUTENT ..... 17, 18  
 SYMDEKO..... 161  
 SYMPAZAN..... 162  
 SYNAREL ..... 163  
 SYNRIBO ..... 17, 18  
**T**  
 TABLOID ..... 17, 18  
 TABRECTA ..... 17, 18  
 tacrolimus topical..... 164  
 tadalafil (pulm. hypertension)..... 127  
 TADLIQ..... 127  
 TAFINLAR..... 17, 18  
 TAGRISSO ..... 17, 18  
 TAKHZYRO..... 165  
 TALTZ AUTOINJECTOR..... 166, 167  
 TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS  
 SYRINGE 80 MG/ML..... 166, 167  
 TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG,  
 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1  
 MG ..... 17, 18  
 TARGRETIN TOPICAL ..... 168  
 TASIGNA ..... 17, 18  
 tazarotene topical cream ..... 169  
 tazarotene topical gel ..... 169  
 TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % 169  
 TAZORAC TOPICAL GEL ..... 169  
 TAZVERIK..... 17, 18  
 TEPMETKO ..... 17, 18  
 teriflunomide..... 23  
 teriparatide subcutaneous pen injector 20  
 mcg/dose (620mcg/2.48ml) ..... 126  
 testosterone cypionate intramuscular oil 100  
 mg/ml, 200 mg/ml..... 171  
 testosterone enanthate ..... 171  
 testosterone transdermal gel in metered-dose  
 pump ..... 171, 172  
 testosterone transdermal gel in packet ... 171,  
 172

testosterone transdermal solution in metered  
 pump w/app..... 171  
 tetrabenazine ..... 173  
 THALOMID ..... 17, 18  
 thioridazine ..... 72  
 TIBSOVO ..... 17, 18  
 tigecycline ..... 174  
 TOBI PODHALER..... 175  
 tobramycin in 0.225 % nacl ..... 176  
 tolcapone ..... 177  
 torpenz..... 17, 18  
 TRELSTAR INTRAMUSCULAR  
 SUSPENSION FOR  
 RECONSTITUTION ..... 178  
 tridacaine..... 96  
 trientine oral capsule 250 mg..... 179  
 trihexyphenidyl ..... 180  
 trimipramine..... 181  
 TRINTELLIX ..... 182  
 TRULICITY ..... 67  
 TRUQAP..... 17, 18  
 TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100  
 MG/DAY (100 MG X 1), 125  
 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50  
 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25  
 MG X 3)..... 17, 18  
 TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50  
 MG ..... 17, 18  
 TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200  
 MG ..... 17, 18  
 TYMLOS ..... 126  
**U**  
 UBRELVY..... 183  
 UDENYCA ..... 128  
 UDENYCA AUTOINJECTOR ..... 128  
 UDENYCA ONBODY ..... 128  
 UZEDY ..... 150  
**V**  
 VALCHLOR..... 184  
 vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg  
 ..... 185  
 VANFLYTA ..... 17, 18  
 VEMLIDY ..... 187  
 VENCLEXTA..... 17, 18  
 VENCLEXTA STARTING PACK .... 17, 18  
 VERQUVO ..... 188

VERZENIO.....	17, 18	XGEVA.....	194
VIBERZI.....	189	XIFAXAN.....	195
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML).....	67	XOLAIR .....	196
VIIBRYD ORAL TABLET.....	190	XOSPATA .....	17, 18
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23).....	190	XPROVIO 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).....	18
vilazodone.....	190	XTANDI .....	18
VIMPAT ORAL TABLET.....	14, 15	XYREM .....	197
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG.....	17, 18	<b>Y</b>	
VITRAKVI ORAL SOLUTION .....	17, 18	YONSA.....	18
VIZIMPRO .....	17, 18	<b>Z</b>	
VONJO .....	17, 18	ZARXIO .....	198
voriconazole intravenous .....	191	ZEJULA ORAL CAPSULE .....	18
VOTRIENT.....	17, 18	ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG.....	18
VRAYLAR ORAL CAPSULE.....	117	ZELBORAF.....	18
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK.....	117	ZEPATIER.....	199
<b>W</b>		ZIEXTENZO .....	128
WELIREG.....	17, 18	ziprasidone mesylate.....	63
<b>X</b>		ZOLINZA .....	18
XALKORI ORAL CAPSULE.....	17, 18	ZYDELIG .....	18
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG, 20 MG, 50 MG.....	17, 18	ZYKADIA .....	18
XATMEP .....	192	ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG... 200	200
XELJANZ ORAL SOLUTION .....	193		
XELJANZ ORAL TABLET.....	193		
XELJANZ XR .....	193		
XERMELO .....	17, 18		