Criterio de Autorización Previa
Última Actualización: 28 de julio de 2026
Fecha de Entrada en Vigencia: 1 de agosto de 2026

Autorizaciones Previas 2026
(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 ngày trong tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Miễn phí cước gọi.

ABALOPARATIDE

Productos Afectados

- TYMLOS

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	24 MESES.
Otros Criterios	OSTEOPOROSIS: NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 24 MESES DE TRATAMIENTO ACUMULATIVO CON NINGUNA TERAPIA CON HORMONA PARATIROIDEA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ABATACEPT IV

Productos Afectados

- ORENCIA (WITH MALTOSE)

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	RA, PJIA, PSA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED AGUDA (AGVHD): 1 MES.
Otros Criterios	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RA: SE REQUIERE UN ENSAYO O LA EXISTENCIA DE CONTRAINDICACIÓN PARA UN TRATAMIENTO DE 3 MESES CON UN FÁRMACO DMARD (ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) CONVENCIONAL – SI EL PACIENTE PROBÓ METHOTREXATE, ENTONCES SE DEBE REALIZAR UNA PRUEBA CON UNA DOSIS IGUAL O SUPERIOR A 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. RENOVACIÓN: AR, AIJP, APS: 1) EL PACIENTE CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO, Y 2) NO HAY USO CONCOMITANTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN.

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

ABATACEPT SQ

Productos Afectados

- ORENCIA
- ORENCIA CLICKJECT

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD SINTÉTICO CONVENCIONAL (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI UN PACIENTE HA PROBADO METHOTREXATE, ENTONCES SE REQUIERE PROBAR CON UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: RA, PJIA, PSA: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ABEMACICLIB

Productos Afectados

- VERZENIO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ABIRATERONE

Productos Afectados

- *abiraterone*
- *abirtega*

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO DE ALTO RIESGO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN (MCSPC), CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (MCRPC): 1) RECIBIERON UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ABIRATERONE SUBMICRONIZED

Productos Afectados

- *abiraterone, submicronized*
- YONSA

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (MCRPC): 1) RECIBIERON UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH)
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ACALABRUTINIB

Productos Afectados

- CALQUENCE
- CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ADAGRASIB

Productos Afectados

- KRAZATI

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ADALIMUMAB

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA, EL CUERO CABELLUDO O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIALES: RA, PJIA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. UVEÍTIS: PRESCRITO POR UN OFTALMÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: RA, PSO, PJIA, AS, PSA, CD, UC, UVEITIS: 6 MESES, HS: 12 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD SINTÉTICO CONVENCIONAL (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI EL PACIENTE PROBÓ CON METHOTREXATE, ENTONCES SE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	REQUIERE UNA PRUEBA CON UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. COMO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID. PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA, 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A TANTO EL INMUNOSUPRESOR COMO A PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN BIOLÓGICO DIFERENTE, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK DIFERENTE PARA LA MISMA INDICACIÓN. UVEÍTIS: NO TIENE UVEÍTIS ANTERIOR AISLADA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: RA, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA), PSA, EA, PSO, HS, UVEÍTIS: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ADALIMUMAB-AATY

Productos Afectados

- *adalimumab-aaty*
- *adalimumab-aaty(cf) ai crohns*
- YUFLYMA(CF)
- YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS
- YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA, EL CUERO CABELLUDO O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIALES: RA, PJIA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. UVEÍTIS: PRESCRITO POR UN OFTALMÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: RA, PSO, PJIA, AS, PSA, CD, UC, UVEITIS: 6 MESES, HS: 12 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD SINTÉTICO CONVENCIONAL (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI EL PACIENTE PROBÓ CON METHOTREXATE, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA CON UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. COMO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID. PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	PUVA, 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A TANTO EL INMUNOSUPRESOR COMO A PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN BIOLÓGICO DIFERENTE, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK DIFERENTE PARA LA MISMA INDICACIÓN. UVEÍTIS: NO TIENE UVEÍTIS ANTERIOR AISLADA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: RA, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA), PSA, EA, PSO, HS, UVEÍTIS: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ADALIMUMAB-ADBM

Productos Afectados

- CYLTEZO(CF)
- CYLTEZO(CF) PEN
- CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS
- CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA, EL CUERO CABELLUDO O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIALES: RA, PJIA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. UVEÍTIS: PRESCRITO POR UN OFTALMÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: RA, PSO, PJIA, AS, PSA, CD, UC, UVEITIS: 6 MESES, HS: 12 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD SINTÉTICO CONVENCIONAL (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI EL PACIENTE PROBÓ CON METHOTREXATE, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA CON UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. COMO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID. PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA, 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A TANTO EL INMUNOSUPRESOR COMO A PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN BIOLÓGICO DIFERENTE, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK DIFERENTE PARA LA MISMA INDICACIÓN. UVEÍTIS: NO TIENE UVEÍTIS ANTERIOR AISLADA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: RA, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA), PSA, EA, PSO, HS, UVEÍTIS: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ADALIMUMAB-BWWD

Productos Afectados

- HADLIMA
- HADLIMA PUSHTOUCH
- HADLIMA(CF)
- HADLIMA(CF) PUSHTOUCH

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE ABARCA EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL, O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA, EL CUERO CABELLUDO O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: RA, PJIA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO. PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO. UVEÍTIS: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN OFTALMÓLOGO.
Duración de la Cobertura	INICIAL: RA, PSO, PJIA, AS, PSA, CD, UC, UVEÍTIS: 6 MESES; HS: 12 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): PRUEBA DE TRATAMIENTO CON, O CONTRAINDICACIÓN PARA, 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD (*DMARD, DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUG*) SINTÉTICO CONVENCIONAL; SI EL PACIENTE HA PROBADO EL METOTREXATE, SE REQUIERE UNA PRUEBA DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. AS: PRUEBA DE TRATAMIENTO CON, O CONTRAINDICACIÓN PARA, UN AINE (NSAID). PSO: 1) PRUEBA DE TRATAMIENTO DE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	AL MENOS 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA); 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA; O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DESDE UN BIOLÓGICO DIFERENTE, UN INHIBIDOR DE LA PDE-4 O UN INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. UVEÍTIS: NO PRESENTA UVEÍTIS ANTERIOR AISLADA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE LA PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: RA, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA), PSA, AS, PSO, HS, UVEÍTIS: CONTINÚA OBTENIENDO BENEFICIOS DEL MEDICAMENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

AFATINIB

Productos Afectados

- GILOTRIF

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) METASTÁSICO CON MUTACIÓN DEL EGFR: NO RECIBE TRATAMIENTO CONCURRENTE CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA DEL EGFR.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ALECTINIB

Productos Afectados

- ALECENSA
- AVMAPKI-FAKZYNJA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ALPELISIB-PIQRAY

Productos Afectados

- 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)

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

AMIKACIN LIPOSOMAL INH

Productos Afectados

- ARIKAYCE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ENFERMEDAD PULMONAR POR COMPLEJO MYCOBACTERIUM AVIUM (MAC): RENOVACIÓN: 1) AUSENCIA DE CULTIVO DE ESPUTO POSITIVO PARA MAC TRAS CULTIVOS NEGATIVOS CONSECUTIVOS, Y 2) MEJORA DE LOS SÍNTOMAS. ADEMÁS, PARA LA PRIMERA RENOVACIÓN, SE REQUIERE AL MENOS UN CULTIVO DE ESPUTO NEGATIVO PARA MAC A LOS SEIS MESES DE TRATAMIENTO CON ARIKAYCE. PARA LA SEGUNDA RENOVACIÓN Y POSTERIORES, SE REQUIERE AL MENOS TRES CULTIVOS DE ESPUTO NEGATIVOS PARA MAC A LOS 12 MESES DE TRATAMIENTO CON ARIKAYCE.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ENFERMEDAD MAC PULMONAR: INICIAL: PRESCRITO POR UN ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA O ENFERMEDADES INFECCIOSAS O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

AMIVANTAMAB-HYALURONIDASE-LPUJ

Productos Afectados

- RYBREVANT FASPRO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

AMIVANTAMAB-VMJW

Productos Afectados

- RYBREVANT

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ANAKINRA

Productos Afectados
- KINERET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN ADULTOS HOSPITALIZADOS.
Información Médica Requerida	INICIAL: SÍNDROMES PERIÓDICOS ASOCIADOS A CRIOPIRINAS (CAPS): 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) PRUEBA GENÉTICA PARA MUTACIONES DE GANANCIA DE FUNCIÓN EN EL GEN NLRP3, O (B) TIENE MARCADORES INFLAMATORIOS (ES DECIR, PCR, VSG, PROTEÍNA AMILOIDE A SÉRICA (SAA) O PROTEÍNAS S100 ELEVADAS), Y 2) DOS DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIÓN SIMILAR A URTICARIANA (DERMATITIS NEUTRÓFICA), EPISODIOS DESENCADENADOS POR EL FRÍO, PÉRDIDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL, SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS, MENINGITIS ASÉPTICA CRÓNICA, ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS. DEFICIENCIA DEL ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE INTERLEUCINA-1 (DIRA): 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) PRUEBA GENÉTICA PARA MUTACIONES DE GANANCIA DE FUNCIÓN EN EL GEN IL1RN, O (B) TIENE MARCADORES INFLAMATORIOS (ES DECIR, PCR, VSG ELEVADOS), Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIONES PUSTULOSAS SIMILARES A PSORIASIS, OSTEOMIELITIS, AUSENCIA DE OSTEOMIELITIS BACTERIANA, ONICOMADESIS.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	RA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. CAPS, DIRA: DE POR VIDA.
Otros Criterios	INICIALES: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	INDICACIÓN. RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. RENOVACIÓN: RA: 1) CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

APALUTAMIDE

Productos Afectados

- ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA NO METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (NMCRPC), CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN (MCSPC): 1) SE SOMETIERON A ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) PRESENTAN NIVELES DE TESTOSTERONA PROPIOS DE LA CASTRACIÓN (ES DECIR, INFERIORES A 50 NG/DL), O 3) RECIBEN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

APOMORPHINE - ONAPGO

Productos Afectados

- ONAPGO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ENFERMEDAD DE PARKINSON (PD): TRATAMIENTO INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	PERIODO INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PD: RENOVACIÓN: MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS MOTORES DURANTE EL TRATAMIENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

APOMORPHINE - SL

Productos Afectados
- KYNMOBI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	ENFERMEDAD DE PARKINSON (PD): INICIAL: 18 AÑOS DE EDAD O MÁS.
Restricciones del Profesional que Receta	PD: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PD: RENOVACIÓN: MEJORA DE LAS FLUCTUACIONES MOTORAS DURANTE LOS EPISODIOS OFF CON EL USO DE TERAPIA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

APREMILAST

Productos Afectados

- OTEZLA
- OTEZLA STARTER
- OTEZLA XR
- OTEZLA XR INITIATION

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS LEVE (PSO): 1) PSORIASIS QUE CUBRE MENOS DEL 3 POR CIENTO DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL (BSA), 2) PUNTAJE DE 2 EN LA EVALUACIÓN GLOBAL ESTÁTICA DEL MÉDICO (SPGA), O 3) PUNTAJE DE 2 A 9 EN EL ÍNDICE DE ÁREA Y GRAVEDAD DE PSORIASIS (PASI). PSO MODERADA A GRAVE: PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL BSA, O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA, EL CUERO CABELLUDO O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ENFERMEDAD DE BEHCET: PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: PSO LEVE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA SISTÉMICA CONVENCIONAL (POR EJEMPLO: METHOTREXATE, ACITRETIN, CYCLOSPORINE) O UNA TERAPIA TÓPICA CONVENCIONAL (POR EJEMPLO: CORTICOESTEROIDES TÓPICOS). PSO MODERADA A GRAVE: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO A PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	CAMBIANDO DE OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. ENFERMEDAD DE BEHCETS: 1) ÚLCERAS ORALES O ANTECEDENTES DE ÚLCERAS ORALES RECURRENTES SEGÚN LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO O MÁS TRATAMIENTOS CONSERVADORES (POR EJEMPLO: COLCHICINA, CORTICOESTEROIDE TÓPICO, CORTICOESTEROIDE ORAL). INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ARIMOCLOMOL

Productos Afectados
- MIPLYFFA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ENFERMEDAD DE NIEMANN-PICK TIPO C (NPC): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O UN GENETICISTA O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	NPC: RENOVACIÓN: MEJORA O RALENTIZACIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ASCIMINIB

Productos Afectados

- SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (LMC Ph+) CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO O CON MUTACIÓN T315I TRATADA PREVIAMENTE: SE REALIZA UN ANÁLISIS MUTACIONAL ANTES DEL INICIO Y SCEMBLIX ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE LA NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIÓN DE BCR-ABL1.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ASFOTASE ALFA

Productos Afectados
- STRENSIQ

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	HIPOFOSFATASIA (HPP): INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO, GENETICISTA O ESPECIALISTA EN METABÓLICISMO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: HPP DE INICIO PERINATAL/INFANTIL: 1) 6 MESES DE EDAD O MENOS AL INICIO DE LA HPP Y 2) POSITIVO PARA UNA MUTACIÓN DEL GEN DE FOSFATASA ALCALINA NO ESPECÍFICA DE TEJIDO (TNSALP) (ALPL) CONFIRMADA POR PRUEBAS GENÉTICAS O DOS DE LOS SIGUIENTES: (A) NIVEL DE FOSFATASA ALCALINA (ALP) EN SERO POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (B) NIVELES ELEVADOS DE PIRIDOXAL-5'-FOSFATO (PLP) EN SERO Y SIN SUPLEMENTO DE VITAMINA B6 EN LA SEMANA ANTERIOR, (C) NIVEL DE FOSFOETANOLAMINA (PEA) EN ORINA POR ENCIMA DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (D) EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE HPP, (E) AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES: (I) DEFORMIDAD RAQUÍTICA DEL PECHO, (II) CRANEOSINOSTOSIS, (III) RETRASO EN EL CRECIMIENTO ESQUELÉTICO QUE RESULTE EN RETRASO DEL DESARROLLO MOTOR, (IV) ANTECEDENTES DE CONVULSIONES DEPENDIENTES DE LA VITAMINA B6, (V) NEFROCALINOSIS O ANTECEDENTES DE CALCIO SÉRICO ELEVADO, (VI) ANTECEDENTES O PRESENCIA DE FRACTURA POSNATAL NO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	TRAUMÁTICA Y CONCURACIÓN RETARDADA DE LA FRACTURA. HPP DE INICIO JUVENIL: 1) 18 AÑOS DE EDAD O MENOS AL INICIO DE LA HPP, Y 2) POSITIVO PARA UNA MUTACIÓN DEL GEN TNSALP ALPL SEGÚN LO CONFIRMADO POR PRUEBAS GENÉTICAS O DOS DE LOS SIGUIENTES: (A) NIVEL SÉRICO DE ALP POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (B) NIVELES SÉRICOS ELEVADOS DE PLP Y SIN SUPLEMENTO DE VITAMINA B6 EN LA SEMANA ANTERIOR, (C) NIVEL DE PEA EN ORINA POR ENCIMA DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (D) EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE HPP, (E) AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES: (I) DEFORMIDADES RAQUÍTICAS, (II) PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES ANTES DE LOS 5 AÑOS DE EDAD, (III) RETRASO EN EL CRECIMIENTO ESQUELÉTICO QUE RESULTE EN RETRASO DEL DESARROLLO MOTOR, (IV) ANTECEDENTES O PRESENCIA DE FRACTURAS NO TRAUMÁTICAS O RETRASO EN LA CONSOLIDACIÓN DE FRACTURAS. TODOS LOS INDICIOS: 1) NO RECIBE ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON UN BIFOSFONATO, 2) LOS NIVELES DE CALCIO O FOSFATO NO ESTÁN POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL, 3) NO TIENE UNA FORMA TRATABLE DE RAQUITISMO. RENOVACIÓN: TODOS LOS INDICIOS: 1) MEJORA DE LAS CARACTERÍSTICAS ESQUELÉTICAS DE LA HPP, Y 2) NO RECIBE ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON UN BIFOSFONATO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ATOGEPANT

Productos Afectados
- QULIPTA

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	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PREVENCIÓN DE MIGRAÑA: INICIO/RENOVACIÓN: NO SE DEBE UTILIZAR SIMULTÁNEAMENTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE MIGRAÑA. RENOVACIÓN: SE REQUIERE UNA REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE MIGRAÑAS O DOLORES DE CABEZA, LA INTENSIDAD DE MIGRAÑAS, O LA DURACIÓN DE MIGRAÑAS CON EL TRATAMIENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

AVACOPAN

Productos Afectados

- TAVNEOS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	VASCULITIS ASOCIADA A AUTOANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMÁTICOS DE NEUTRÓFILOS (ANCA): INICIAL: SEROPOSITIVO ANCA (ANTI-PR3 O ANTI-MPO).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: INICIAL: PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O NEFRÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros Criterios	VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: RENOVACIÓN: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA TERAPIA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

AVAPRITINIB

Productos Afectados

- AYVAKIT

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

AVUTOMETINIB-DEFACTINIB

Productos Afectados

- AVMAPKI
- FAKZYNJA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

AXATILIMAB-CSFR

Productos Afectados

- NIKTIMVO

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	12 MESES.
Otros Criterios	ENFERMEDAD CRÓNICA DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (CGVHD): 1) INEFICACIA DE AL MENOS DOS LÍNEAS DE TERAPIA SISTÉMICA, UNA DE LAS CUALES DEBE SER UNA PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE JAKAFI, Y 2) NO USO CONCURRENTE CON JAKAFI, REZUROCK O IMBRUVICA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

AXITINIB

Productos Afectados

- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

AZACITIDINE

Productos Afectados

- ONUREG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

AZTREONAM INHALED

Productos Afectados

- CAYSTON

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	7 AÑOS DE EDAD O MÁS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

BEDAQUILINE

Productos Afectados

- SIRTURO

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	24 SEMANAS.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

BELIMUMAB

Productos Afectados

- BENLYSTA SUBCUTANEOUS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. NEFRITIS LUPUS (LN): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O NEFRÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: SLE: ACTUALMENTE TOMANDO CORTICOESTEROIDES, ANTIMALÁRICOS, NSAIDS O AGENTES INMUNOSUPRESORES. RENOVACIÓN: SLE: EL PACIENTE PRESENTÓ MEJORA CLÍNICA. LN: MEJORA DE LA RESPUESTA RENAL CON RESPECTO A LOS VALORES DE LABORATORIO BASE (ES DECIR, EGFR O PROTEINURIA) Y/O PARÁMETROS CLÍNICOS.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

BELUMOSUDIL

Productos Afectados
- REZUROCK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	ENFERMEDAD CRÓNICA DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (CGVHD): 1) INEFICACIA DE AL MENOS DOS LÍNEAS DE TERAPIA SISTÉMICA, UNA DE LAS CUALES DEBE SER UNA PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE JAKAFI, Y 2) NO USO CONCURRENTE CON JAKAFI, NIKTIMVO O IMBRUVICA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

BELZUTIFAN

Productos Afectados

- WELIREG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

BENDAMUSTINE

Productos Afectados

- *bendamustine intravenous recon soln*
- BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION
- BENDEKA
- VIVIMUSTA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

BENRALIZUMAB

Productos Afectados

- FASENRA
- FASENRA PEN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Información Médica Requerida	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Restricciones de Edad	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Restricciones del Profesional que Receta	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Duración de la Cobertura	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Otros Criterios	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Indicaciones	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Usos No Indicados en la Etiqueta	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Prerrequisito de la Parte B	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.

BETAINE

Productos Afectados

- *betaine*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

BEVACIZUMAB-BVZR

Productos Afectados
- ZIRABEV

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	12 MESES.
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

BEXAROTENE

Productos Afectados

- *bexarotene*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

BINIMETINIB

Productos Afectados

- MEKTOVI

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

BORTEZOMIB

Productos Afectados

- *bortezomib injection*
- BORUZU

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	12 MESES.
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

BOSENTAN

Productos Afectados

- *bosentan oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR DE 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCUADRE CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR DE 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PAH: INICIALES: 1) NO PRESENTA ENZIMAS HEPÁTICAS (ALT, AST) ELEVADAS MÁS DE 3 VECES EL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL (LSN) NI UN AUMENTO DE LA BILIRRUBINA DE 2 O MÁS VECES EL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL, Y 2) NO USAR CONCURRENTEMENTE CON CYCLOSPORINE A O GLYBURIDE. RENOVACIÓN: NO USAR CONCURRENTEMENTE CON CYCLOSPORINE A O GLYBURIDE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

BOSUTINIB

Productos Afectados

- BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG
- BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (Ph+ CML) TRATADA PREVIAMENTE: EL ANÁLISIS DE MUTACIONES ANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO CON BOSULIF ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE LA NCCN PARA LAS RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIONES DE BCR-ABL1.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

BRIGATINIB

Productos Afectados

- ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG
- ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

C1 ESTERASE INHIBITOR-HAEGARDA

Productos Afectados

- HAEGARDA SUBCUTANEOUS
  RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: 1) HAE TIPO III, O 2) HAE TIPO I O II CONFIRMADO MEDIANTE UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DEL COMPLEMENTO: NIVELES DE PROTEÍNA C1-INH, NIVELES DE PROTEÍNA C4, NIVELES FUNCIONALES DE C1-INH, C1Q.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	HAE: INICIAL: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO, INMUNÓLOGO, ALERGÓLOGO O NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	HAE: INICIAL/RENOVACIÓN: NO SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA LOS ATAQUES DE AEH.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

CABOZANTINIB CAPSULE

Productos Afectados

- COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

CABOZANTINIB TABLET

Productos Afectados

- CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

CANNABIDIOL

Productos Afectados
- EPIDIOLEX

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: SÍNDROME DE DRAVET (DS), SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT (LGS), COMPLEJO DE ESCLEROSIS TUBEROSA (TSC): PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: LGS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS: RUFINAMIDE, FELBAMATE, CLOBAZAM, TOPIRAMATE, LAMOTRIGINE, CLONAZEPAM.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

CAPIVASERTIB

Productos Afectados

- TRUQAP

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

CAPMATINIB

Productos Afectados

- TABRECTA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

CARGLUMIC ACID

Productos Afectados

- *carglumic acid*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: HIPERAMONEMIA AGUDA O CRÓNICA (HA) DEBIDO A DEFICIENCIA DE N ACETILGLUTAMATO SINTASA (NAGS): LA MUTACIÓN DEL GEN NAGS SE CONFIRMA MEDIANTE PRUEBAS BIOQUÍMICAS O GENÉTICAS. HA AGUDA DEBIDO A ACIDEMIA PROPIÓNICA (PA): 1) CONFIRMADA POR CONCENTRACIONES ELEVADAS DE ÁCIDO METILCÍTRICO Y ÁCIDO METILMALÓNICO NORMAL, O 2) LAS PRUEBAS GENÉTICAS CONFIRMA LA MUTACIÓN EN EL GEN PCCA O PCCB. HA AGUDA DEBIDO A ACIDEMIA METILMALÓNICA (MMA): 1) CONFIRMADA POR CONCENTRACIONES ELEVADAS DE ÁCIDO METILMALÓNICO, ÁCIDO METILCÍTRICO, O 2) LAS PRUEBAS GENÉTICAS CONFIRMA LA MUTACIÓN EN LOS GENES MMUT, MMA, MMAB O MMADHC.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	HA AGUDA DEBIDO A NAGS/PA/MMA: 7 DÍAS. HA CRÓNICA DEBIDO A NAGS: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	RENOVACIÓN: HA CRÓNICA DEBIDO A NAGS: EL PACIENTE HA MOSTRADO MEJORÍA CLÍNICA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

CERITINIB

Productos Afectados

- ZYKADIA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

CERTOLIZUMAB PEGOL

Productos Afectados

- CIMZIA
- CIMZIA POWDER FOR RECONST
- CIMZIA STARTER KIT

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA, EL CUERO CABELLUDO O EL ÁREA GENITAL. ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA (CRP) POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL, O 2) SACROILIITIS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), NR-AXSPA, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ENFERMEDAD DE CROHN (CD): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. PSA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA. AS: PRUEBA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ. CD: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. PSO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA. NR-AXSPA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID. PJIA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ IR, ORENCIA, RINVOQ. INICIAL PARA RA, PSA, PSO, AS, CD, PJIA: NO SE REQUIERE PRUEBA NI CONTRAINDICACIÓN DE LOS AGENTES ESCALONADOS SI LA PACIENTE ESTÁ EMBARAZADA, EN LACTANCIA O INTENTA EMBARAZARSE. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN PARA RA, PSA, AS, PSO, NR-AXSPA, PJIA: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

CETUXIMAB

Productos Afectados

- ERBITUX

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	12 MESES.
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

CLADRIBINE

Productos Afectados

- *cladribine 10 mg x 10 tab pk outer pack), 10 mg (6 pack), 10 mg (7 pack), 10 mg (8 pack), 10 mg (9 pack)*
- *cladribine(multiple sclerosis) oral tablet 10 mg (10 pack), 10 mg (4 pack), 10 mg (5*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Información Médica Requerida	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Restricciones de Edad	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Restricciones del Profesional que Receta	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Duración de la Cobertura	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Otros Criterios	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Indicaciones	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Usos No Indicados en la Etiqueta	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Prerrequisito de la Parte B	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Criterios de PA: Pendiente de aprobación por parte de CMS.

CLOBAZAM-SYMPAZAN

Productos Afectados
- SYMPAZAN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT (LGS): LA TERAPIA ES PRESCRITA POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	LGS: INICIAL: CONTRAINDICACIÓN O IMPOSIBILIDAD PARA TRAGAR LAS TABLETAS O LA SUSPENSIÓN DE CLOBAZAM.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

COBIMETINIB

Productos Afectados

- COTELLIC

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

CORTICOTROPIN

Productos Afectados
- CORTROPHIN GEL INJECTION

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	INICIAL: NO APROBADO PARA FINES DE DIAGNÓSTICO.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA EXCEPTO ESPASMOS INFANTILES Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE (MS): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO, DERMATÓLOGO, ALERGÓLOGO/INMUNÓLOGO, OFTALMÓLOGO, NEUMÓLOGO O NEFRÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	ESPASMAS INFANTILES Y MS: 28 DÍAS. TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA, EXCEPTO ESPASMOS INFANTILES: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE STEROIDES INTRAVENOSOS (IV). RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA, EXCEPTO ESPASMOS INFANTILES Y MS: BENEFICIO CLÍNICO DEMOSTRADO DURANTE LA TERAPIA, SEGÚN LO INDIQUE LA RESOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y/O LA NORMALIZACIÓN DE LOS ANÁLISIS DE LABORATORIO. LA PARTE B, ANTES DE LA PARTE D, DE LA TERAPIA ESCALONADA, SE APLICA SOLO A BENEFICIARIOS DE UN PLAN MA-PD.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

CRIZOTINIB CAPSULE

Productos Afectados

- XALKORI ORAL CAPSULE

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

CRIZOTINIB PELLETS

Productos Afectados

- XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC), LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES (ALCL), TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO (IMT): INCAPACIDAD DE TRAGAR CÁPSULAS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DABRAFENIB CAPSULES

Productos Afectados

- TAFINLAR ORAL CAPSULE

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DABRAFENIB SUSPENSION

Productos Afectados

- TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION

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	12 MESES.
Otros Criterios	INCAPACITADO PARA TRAGAR LAS CÁPSULAS DE TAFINILAR.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DACOMITINIB

Productos Afectados
- VIZIMPRO

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) METASTÁSICO: NO RECIBE TRATAMIENTO CONCURRENTE CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA DEL EGFR.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DALFAMPRIDINE

Productos Afectados

- *dalfampridine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ESCLEROSIS MÚLTIPLE (MS): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	MS: INICIAL: PRESENTA SÍNTOMAS DE DIFICULTAD PARA CAMINAR, COMO DEBILIDAD LEVE A MODERADA EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES O DEBILIDAD UNILATERAL, ADEMÁS DE ATAXIA EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES O EL TRONCO. RENOVACIÓN: MEJORA EN LA CAPACIDAD PARA CAMINAR.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DAROLUTAMIDE

Productos Afectados
- NUBEQA

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA NO METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (NMCRPC), CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN (MCSPC): 1) SE SOMETIERON A ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) PRESENTAN NIVELES DE TESTOSTERONA PROPIOS DE LA CASTRACIÓN (ES DECIR, INFERIORES A 50 NG/DL), O 3) RECIBEN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DASATINIB

Productos Afectados

- *dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (Ph+ CML): TRATADA PREVIAMENTE: SE REALIZA UN ANÁLISIS MUTACIONAL ANTES DEL INICIO Y DASATINIB ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE LA NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIÓN DE BCR-ABL1.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DATOPOTAMAB DERUXTECAN-DLNK

Productos Afectados

- DATROWAY

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DECITABINE/CEDAZURIDINE

Productos Afectados

- INQOVI

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DEFERASIROX

Productos Afectados

- *deferasirox oral granules in packet*
- *deferasirox oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIO: SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO DEBIDA A TRANSFUSIONES DE SANGRE: NIVEL DE FERRITINA SÉRICA CONSTANTEMENTE SUPERIOR A 1000 MCG/L. SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO EN TALASEMIA NO DEPENDIENTE DE TRANSFUSIONES (NTDT): 1) NIVEL DE FERRITINA SÉRICA CONSTANTEMENTE SUPERIOR A 300 MCG/L (AL MENOS DOS VALORES DE LABORATORIO EN LOS TRES MESES PREVIOS), Y 2) CONCENTRACIÓN DE HIERRO HEPÁTICO (LIC) DE 5 MG DE FE/G DE PESO SECO DE HÍGADO O SUPERIOR. RENOVACIÓN: SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO DEBIDA A TRANSFUSIONES DE SANGRE: NIVEL DE FERRITINA SÉRICA CONSTANTEMENTE SUPERIOR A 500 MCG/L. NTDT: 1) NIVEL DE FERRITINA SÉRICA CONSTANTEMENTE SUPERIOR A 300 MCG/L (AL MENOS DOS VALORES DE LABORATORIO EN LOS TRES MESES PREVIOS) O 2) LIC DE 3 MG DE FE/G DE PESO SECO DE HÍGADO O SUPERIOR.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIO: SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO DEBIDO A TRANSFUSIONES DE SANGRE O NTDT: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O UN HEMATÓLOGO/ONCÓLOGO, O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIO: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIO: SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO DEBIDO A TRANSFUSIONES DE SANGRE O NTDT: SOBRES DE DEFERASIROX EN GRÁNULOS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LA TABLETA ORAL DE DEFERASIROX GENÉRICO O LA TABLETA PARA SUSPENSIÓN ORAL.

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

DENOSUMAB-BMWO-OSENVELT

Productos Afectados

- OSENVELT

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DENOSUMAB-XGEVA

Productos Afectados

- XGEVA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DEUTETRABENAZINE

Productos Afectados

- AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG
- AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG
- AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. DISCINESIA TARDÍA: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO, PSIQUIATRA O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	DISCINESIA TARDÍA: HISTORIA DEL USO DE AGENTES QUE CAUSAN DISCINESIA TARDÍA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DICLOFENAC TOPICAL SOLUTION

Productos Afectados

- *diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 MESES.
Otros Criterios	OSTEOARTRITIS DE LA RODILLA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA VERSIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS (*FORMULARY*) DE DICLOFENAC SODIUM AL 1,5% EN GOTAS TÓPICAS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

DICLOFENAC-FLECTOR

Productos Afectados

- *diclofenac epolamine*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DIMETHYL FUMARATE

Productos Afectados

- *dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DIROXIMEL FUMARATE

Productos Afectados

- VUMERITY

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DORDAVIPRONE

Productos Afectados

- MODEYSO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DOSTARLIMAB-GXLY

Productos Afectados

- JEMPERLI

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DRONABINOL CAPSULE

Productos Afectados

- *dronabinol oral capsule*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 MESES.
Otros Criterios	NÁUSEAS Y VÓMITOS ASOCIADOS CON LA QUIMIOTERAPIA CONTRA EL CÁNCER: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA ANTIEMÉTICA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

DROXIDOPA

Productos Afectados

- *droxidopa*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA NEUROGÉNICA (HNO): INICIAL: 1) LECTURAS DE PRESIÓN ARTERIAL BASE MIENTRAS EL PACIENTE ESTÁ SENTADO Y TAMBIÉN DENTRO DE LOS 3 MINUTOS DE PONERSE DE PIE DESDE UNA POSICIÓN SUPINA. 2) UNA DISMINUCIÓN DE AL MENOS 20 MMHG EN LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA O 10 MMHG EN LA PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA DENTRO DE LOS TRES MINUTOS DE PONERSE DE PIE DESDE UNA POSICIÓN SENTADA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	NOH: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O CARDIÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 3 MESES RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	NOH: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

DUPILUMAB

Productos Afectados

- DUPIXENT PEN
- DUPIXENT SYRINGE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIO: ASMA EOSINOFÍLICA: NIVEL DE EOSINÓFILOS EN SANGRE DE 150 A 1500 CÉLULAS/µL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA (EOE): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON BIOPSIA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIO: AD, PN, CSU: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. ASMA: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO O NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. CRSWNP: PRESCRITO POR UN OTORRINOLARINGÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. EOE: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. COPD: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. RENOVACIÓN: CSU: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	BP, AFRS: 12 MESES. AD/CRSWNP/EOE/PN/CSU: INICIO/RENOVACIÓN: 6 MESES/12 MESES. ASMA/ COPD: INICIOL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIO: AD: 1) PRURITO INTENSO O AGRIETAMIENTO/SUPURACIÓN/SANGRADO DE LA PIEL AFECTADA, Y 2) PRUEBA CON (O CONTRAINDICACIÓN PARA) UN AGENTE TÓPICO (CORTICOSTEROIDE, INHIBIDOR DE LA CALCINEURINA, INHIBIDOR DE LA PDE4 O INHIBIDOR DE JAK). ASMA: 1) TERAPIA CONCURRENTE CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O DOSIS MÁXIMA TOLERADA DE UN CORTICOSTEROIDE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	INHALADO (ICS) Y OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) UNA EXACERBACIÓN DE ASMA QUE REQUIERA UN TRATAMIENTO INTENSIVO CON CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS DURANTE AL MENOS 3 DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIERA HOSPITALIZACIÓN O VISITA A EMERGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O UN CONTROL INADECUADO DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DEL TRATAMIENTO ACTUAL, EVIDENCIADO POR AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: (A) SÍNTOMAS DE ASMA DURANTE EL DÍA MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, (B) DESPERTAR NOCTURNO DEBIDO AL ASMA, (C) USO DE BRONCODILATADORES DE ACCIÓN CORTA (SABA) PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, (D) CUALQUIER LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEBIDO AL ASMA. RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES (CRSWNP): 1) UN ENSAYO DE 56 DÍAS CON UN CORTICOSTEROIDE NASAL TÓPICO, 2) EVIDENCIA DE PÓLIPOS NASALES MEDIANTE EXAMEN DIRECTO, ENDOSCOPIA O TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE LOS SENOS PARANASALES, Y 3) ENFERMEDAD CONTROLADA DE FORMA INADECUADA. PRURIGO NODULAR (PN): PRURITO CRÓNICO (PICAZÓN CON MÁS DE 6 SEMANAS DE DURACIÓN), MÚLTIPLES LESIONES PRURIGINOSAS Y ANTECEDENTES O SIGNOS DE UN COMPORTAMIENTO PROLONGADO DE RASCADO. COPD EOSINOFÍLICA: SE UTILIZA EN COMBINACIÓN CON UN LAMA/LABA/ICS. URTICARIA ESPONTÁNEA CRÓNICA (UEC): 1) HABER RECIBIDO UN ENSAYO TERAPÉUTICO CON, Y MANTENERSE EN TRATAMIENTO CON (O PRESENTAR CONTRAINDICACIÓN PARA), UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN; Y 2) CONTINUAR EXPERIMENTANDO RONCHAS O ANGIOEDEMA LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA DURANTE AL MENOS 6 SEMANAS. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES, EXCEPTO EL PENFIGOIDE AMPOLLOSO (*BULLOUS PEMPHIGOID, BP*): NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDORES DE JAK, INHIBIDORES DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: AD, CRSWNP, EOE: MEJORA DURANTE EL TRATAMIENTO. ASMA: 1) USO CONTINUO DE ICS Y DE OTRO MEDICAMENTO DE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	MANTENIMIENTO; Y 2) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES ASMÁTICAS RESPECTO AL VALOR BASAL; (B) DISMINUCIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE RESCATE; (C) AUMENTO EN EL PORCENTAJE DEL FEV1 PREDICHO RESPECTO AL VALOR BASAL PREVIO AL TRATAMIENTO; O (D) REDUCCIÓN EN LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA. PN: MEJORA O REDUCCIÓN DEL PRURITO O DE LAS LESIONES PRURIGINOSAS. COPD EOSINOFÍLICA: 1) SE UTILIZA EN COMBINACIÓN CON UN LAMA/LABA/ICS; Y 2) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DEL COPD RESPECTO AL VALOR BASAL, O (B) REDUCCIÓN EN LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL COPD. CSU: MANTENIMIENTO CON UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN O CONTRAINDICACIÓN PARA SU USO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

DUVELISIB

Productos Afectados
- COPIKTRA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

EFLORNITHINE

Productos Afectados
- IWILFIN

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	24 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ELACESTRANT

Productos Afectados

- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ELAGOLIX

Productos Afectados

- ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	DOLOR MODERADO A INTENSO ASOCIADO CON ENDOMETRIOSIS: INICIAL: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (POR EJEMPLO, ECOGRAFÍA PÉLVICA) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (POR EJEMPLO: LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.
Restricciones de Edad	DOLOR MODERADO A SEVERO ASOCIADO CON ENDOMETRIOSIS: INICIAL: 18 AÑOS DE EDAD O MÁS.
Restricciones del Profesional que Receta	DOLOR MODERADO A INTENSO ASOCIADO CON ENDOMETRIOSIS: INICIAL: PRESCRITO POR UN OBSTETRA/GINECÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	DOLOR DE MODERADO A INTENSO ASOCIADO CON ENDOMETRIOSIS: INICIAL: 1) NO USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE LA GNRH, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAIDY UN PREPARADO CON PROGESTINA. RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL DOLOR ASOCIADO CON ENDOMETRIOSIS DURANTE EL TRATAMIENTO, Y 2) NO USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE LA GNRH.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ELAPEGADEMASE-LVLR

Productos Afectados
- REVCOVI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INMUNODEFICIENCIA COMBINADA GRAVE DE ADENOSINA DEAMINASA (ADA-SCID): INICIAL: ADA-SCID SEGÚN SE MANIFIESTA POR: 1) PRUEBA GENÉTICA CONFIRMATORIA O 2) HALLAZGOS DE LABORATORIO SUGESTIVOS (POR EJEMPLO: NIVELES ELEVADOS DE NUCLEÓTIDOS DE DESOXIADENOSINA [DAXP], LINFOPENIA) Y SIGNOS/SÍNTOMAS DISTINTIVOS (POR EJEMPLO: INFECCIONES RECURRENTES, FALTA DE MEJORAMIENTO, DIARREA PERSISTENTE).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ADA-SCID: INICIAL: PRESCRITO POR UN INMUNÓLOGO, HEMATÓLOGO/ONCÓLOGO O MÉDICO ESPECIALIZADO EN TRASTORNOS METABÓLICOS HEREDITARIOS O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	ADA-SCID: ENOVACIÓN: 1) MEJORA O MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN INMUNITARIA DESDE EL ESTADO BASE, Y 2) NO HA RECIBIDO HCT O TERAPIA GÉNICA EXITOSA.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ELEXACAFTOR-TEZACAFTOR-IVACAFTOR

Productos Afectados

- TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL
- TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	FIBROSIS QUÍSTICA (CF): INICIAL: MUTACIÓN CONFIRMADA EN EL GEN CFTR ACEPTABLE PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	CF: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros Criterios	CF: RENOVACIÓN: MEJORA DEL ESTADO CLÍNICO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ELRANATAMAB-BCMM

Productos Afectados

- ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F
- ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/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	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	MIELOMA MÚLTIPLE RECIDÍDO O REFRACTARIO: RENOVACIÓN: 1) HA RECIBIDO AL MENOS 24 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON ELREXFIO, Y 2) HA RESPONDIDO AL TRATAMIENTO (RESPUESTA PARCIAL O MEJOR), Y HA MANTENIDO ESTA RESPUESTA DURANTE AL MENOS 2 MESES. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ELTROMBOPAG - ALVAIZ

Productos Afectados

- ALVAIZ

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	TROMBOCITOPENIA INMUNE PERSISTENTE O CRÓNICA (ITP): INICIAL: 1) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A 30 X 10^9/L, O 2) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A 50 X 10^9/L Y ANTECEDENTES DE EPISODIO HEMORRÁGICO.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ITP: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	ITP: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. HEPATITIS C, ANEMIA APLÁSICA GRAVE: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: ITP: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN CORTICOESTEROIDE O INMUNOGLOBULINA, O RESPUESTA INSUFICIENTE A LA ESPLENECTOMÍA, Y 2) NO USO CONCURRENTE CON OTROS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE TROMBOPOYETINA (TPO-RAS). RENOVACIÓN: ITP: 1) MEJORA EN EL RECUENTO DE PLAQUETAS CON RESPECTO AL VALOR BASAL O REDUCCIÓN DE LOS EPISODIOS HEMORRAGÓGICOS, Y 2) NO USO CONCURRENTE CON OTROS TPO-RAS.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ELTROMBOPAG - PROMACTA

Productos Afectados

- *eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg, 25 mg*
- *eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	TROMBOCITOPENIA INMUNE PERSISTENTE O CRÓNICA (ITP): INICIO: 1) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A 30 X 10^9/L EN AL MENOS DOS ANÁLISIS DE LABORATORIO DIFERENTES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, O 2) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A 50 X 10^9/L EN AL MENOS DOS ANÁLISIS DE LABORATORIO DIFERENTES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES Y UN ANTECEDENTE DE EPISODIO HEMORRÁGICO.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIO: ITP: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O INMUNÓLOGO, O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	ITP: INICIO: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. HEPATITIS C, ANEMIA APLÁSICA GRAVE: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIO: ITP: 1) HABER RECIBIDO TRATAMIENTO O PRESENTAR CONTRAINDICACIÓN PARA SU USO CON UN CORTICOSTEROIDE O INMUNOGLOBULINA, O HABER TENIDO UNA RESPUESTA INSUFICIENTE A LA ESPLENECTOMÍA, Y 2) NO ESTAR UTILIZANDO SIMULTÁNEAMENTE OTROS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE TROMBOPOYETINA (TPO-RAS). TODAS LAS INDICACIONES: SOBRES DE SUSPENSIÓN ORAL DE ELTROMBOPAG: HABER PROBADO UNA VERSIÓN DE ELTROMBOPAG EN COMPRIMIDOS INCLUIDA EN EL FORMULARIO O QUE EL PACIENTE NO TOLERE LA FORMULACIÓN EN COMPRIMIDOS. RENOVACIÓN: ITP: 1) MEJORA EN EL RECUENTO DE PLAQUETAS CON RESPECTO AL VALOR BASAL O REDUCCIÓN DE LOS EPISODIOS DE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	SANGRADO, Y 2) NO ESTAR UTILIZANDO SIMULTÁNEAMENTE OTROS TPO-RAS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ENASIDENIB

Productos Afectados

- IDHIFA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ENCORAFENIB

Productos Afectados
- BRAFTOVI

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ENSARTINIB

Productos Afectados

- ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ENTRECTINIB CAPSULES

Productos Afectados

- ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ENTRECTINIB PELLETS

Productos Afectados

- ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) METASTÁSICO, TUMORES SÓLIDOS: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LAS CÁPSULAS DE ROZLYTREK CONVERTIDAS EN SUSPENSIÓN ORAL, Y 2) DIFICULTAD O INCAPACIDAD PARA TRAGAR LAS CÁPSULAS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ENZALUTAMIDE

Productos Afectados

- XTANDI ORAL CAPSULE
- XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA NO METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN (NMCSPC): ALTO RIESGO DE METÁSTASIS (ES DECIR, TIEMPO DE DUPLICACIÓN DEL PSA DE 9 MESES O MENOS). CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (MCRPC), CÁNCER DE PRÓSTATA NO METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (NMCRPC), METASTÁSICO CSPC (MCSPC), NMCSPC: 1) HABERSE SOMETIDO A ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE TESTOSTERONA DE CASTRACIÓN (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE DE UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

EPCORITAMAB-BYSP

Productos Afectados
- EPKINLY

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	12 MESES.
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

EPOETIN ALFA-EPBX

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIO: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (CKD), ANEMIA RELACIONADA CON ZIDOVUDINA O QUIMIOTERAPIA PARA EL CÁNCER: NIVEL DE HEMOGLOBINA INFERIOR A 10 G/DL. CIRUGÍA ELECTIVA NO CARDÍACA NI VASCULAR: NIVEL DE HEMOGLOBINA INFERIOR O IGUAL A 13 G/DL. RENOVACIÓN: 1) CKD EN ADULTOS NO DIALIZADOS: (A) NIVEL DE HEMOGLOBINA INFERIOR A 10 G/DL, O (B) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA HA ALCANZADO LOS 10 G/DL Y LA DOSIS SE ESTÁ REDUCIENDO O SE HA REDUCIDO/INTERRUMPIDO PARA DISMINUIR LA NECESIDAD DE TRANSFUSIONES DE SANGRE. 2) CKD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: (A) NIVEL DE HEMOGLOBINA INFERIOR A 10 G/DL, O (B) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA SE HA ACERCADO O SUPERA LOS 12 G/DL Y LA DOSIS SE ESTÁ REDUCIENDO O SE HA REDUCIDO/INTERRUMPIDO PARA DISMINUIR LA NECESIDAD DE TRANSFUSIONES DE SANGRE. 3) ANEMIA RELACIONADA CON ZIDOVUDINA: NIVEL DE HEMOGLOBINA ENTRE 10 G/DL Y 12 G/DL. 4) QUIMIOTERAPIA PARA EL CÁNCER: (A) NIVEL DE HEMOGLOBINA INFERIOR A 10 G/DL, O (B) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA NO SUPERA EL NIVEL NECESARIO PARA EVITAR LA TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS (RBC).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	ANEMIA POR QUIMIOTERAPIA/ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (CKD) SIN DIÁLISIS/ZIDOVUDINA: INICIO/RENOVACIÓN: 12 MESES. CIRUGÍA: 1 MES.

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Otros Criterios	RENOVACIÓN: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (CKD): EL PACIENTE NO RECIBE TRATAMIENTO DE DIÁLISIS. ESTE MEDICAMENTO PUEDE ESTAR INCLUIDO Y CUBIERTO POR LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA DIÁLISIS PARA LA ENFERMEDAD RENAL TERMINAL O ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE D, DEPENDIENDO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ERDAFITINIB

Productos Afectados

- BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ERENUMAB-AOOE

Productos Afectados
- AIMOVIG AUTOINJECTOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	INICIO: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PREVENCIÓN DE MIGRAÑA: INICIO/RENOVACIÓN: NO SE DEBE UTILIZAR SIMULTÁNEAMENTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE MIGRAÑA. RENOVACIÓN: SE REQUIERE UNA REDUCCIÓN EN LA FRECUENCIA, LA INTENSIDAD O LA DURACIÓN DE MIGRAÑAS O DOLORES DE CABEZA CON EL TRATAMIENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ERLOTINIB

Productos Afectados

- *erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg*

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) METASTÁSICO CON MUTACIÓN DEL EGFR: NO RECIBE TRATAMIENTO CONCURRENTE CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA DEL EGFR.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ESKETAMINE

Productos Afectados
- SPRAVATO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO (TRD), TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (MDD): PRESCRITO POR UN PSIQUIATRA O EN CONSULTA CON ÉL U OTRO PROFESIONAL CERTIFICADO POR REMS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: TRD: 3 MESES. MDD: 4 SEMANAS. RENOVACIÓN: TRD, MDD: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: TRD, MDD: 1) DEPRESIÓN UNIPOLAR NO PSICÓTICA Y 2) SIN ABUSO ACTIVO DE SUSTANCIAS. RENOVACIÓN: TRD, MDD: BENEFICIO CLÍNICO DEMOSTRADO (MEJORA DE LA DEPRESIÓN) EN COMPARACIÓN CON EL NIVEL BASE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ETANERCEPT

Productos Afectados

- ENBREL
- ENBREL MINI
- ENBREL SURECLICK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA, EL CUERO CABELLUDO O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIALES: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD SINTÉTICO CONVENCIONAL (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI EL PACIENTE PROBÓ CON METHOTREXATE, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA CON UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. AS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID. PSO: 1) AL MENOS 3 MESES DE PRUEBA CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO A PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN.

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

EVEROLIMUS-AFINITOR

Productos Afectados

- *everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg*
- *torpenz oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

EVEROLIMUS-AFINITOR DISPERZ

Productos Afectados

- *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

FECAL MICROBIOTA CAPSULE

Productos Afectados

- VOWST

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	30 DÍAS
Otros Criterios	INFECCIÓN POR CLOSTRIDIOIDES DIFICILE (CDI): 1) NO HA RECIBIDO VOWST PREVIAMENTE: FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS PARA CDI RECURRENTE (AL MENOS 3 EPISODIOS DE CDI), O 2) RECIBIÓ VOWST PREVIAMENTE: (A) INEFICACIA DEL TRATAMIENTO (DEFINIDO COMO LA PRESENCIA DE DIARREA POR CDI DENTRO DE LAS 8 SEMANAS DE LA PRIMERA DOSIS DE VOWST Y UNA PRUEBA DE HECES POSITIVA PARA C. DIFFICILE), Y (B) NO HA RECIBIDO MÁS DE UN CURSO DE TRATAMIENTO DE VOWST QUE HAYA SIDO AL MENOS 12 DÍAS Y NO MÁS DE 8 SEMANAS ANTES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

FEDRATINIB

Productos Afectados

- INREBIC

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	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	MIELOFIBROSIS: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE JAKAFI (RUXOLITINIB). RENOVACIÓN: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

FENFLURAMINE

Productos Afectados
- FINTEPLA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: SÍNDROME DE DRAVET, SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT (LGS): PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: LGS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS: RUFINAMIDE, FELBAMATE, CLOBAZAM, TOPIRAMATE, LAMOTRIGINE, CLONAZEPAM.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

FENTANYL CITRATE

Productos Afectados

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

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	12 MESES.
Otros Criterios	DOLOR RELACIONADO CON EL CÁNCER: 1) ACTUALMENTE RECIBE UNA DOSIS DE MANTENIMIENTO DE ANALGÉSICO OPIOIDE DE LIBERACIÓN CONTROLADA Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE AL MENOS UN ANALGÉSICO OPIOIDE ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA O EL PACIENTE TIENE DIFICULTAD PARA TRAGAR TABLETAS/CÁPSULAS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

FEZOLINETANT

Productos Afectados
- VEOZAH

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	12 MESES.
Otros Criterios	SÍNTOMAS VASOMOTOROS DE LA MENOPAUSIA (VMS): INICIALES: 1) EXPERIENCIA DE 7 O MÁS SOFOCOS AL DÍA, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE TERAPIA HORMONAL (POR EJEMPLO: PARCHE TRANSDÉRMICO DE ESTRADIOL, ESTRÓGENOS CONJUGADOS ORALES). RENOVACIÓN: 1) NECESIDAD CONTINUA DE TRATAMIENTO PARA LOS VMS (POR EJEMPLO: SOFOCOS PERSISTENTES), Y 2) REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA O GRAVEDAD DE LOS VMS DEBIDO AL TRATAMIENTO CON VEOZAH.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

FILGRASTIM-AAFI

Productos Afectados

- NIVESTYM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

FINERENONE

Productos Afectados

- KERENDIA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

FINGOLIMOD

Productos Afectados

- *fingolimod*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

FOSCARBIDOPA-FOSLEVODOPA

Productos Afectados

- VYALEV

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ENFERMEDAD DE PARKINSON (PD): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 12 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PD: INICIAL: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: 1) INCAPACIDAD DE TRAGAR TABLETAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (ER) O ADMINISTRAR CÁPSULAS ER A TRAVÉS DE UNA SONDA DE ALIMENTACIÓN, O 2) FALTA DE ADHERENCIA O TOLERANCIA A UN RÉGIMEN DE CARBIDOPA/LEVODOPA ORAL ADMINISTRADO POR MENDIO DE UNA SONDA DE ALIMENTACIÓN. RENOVACIÓN: MEJORA DE LOS SÍNTOMAS MOTORES DURANTE LA TERAPIA.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

FRUQUINTINIB

Productos Afectados

- FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

FUTIBATINIB

Productos Afectados
- LYTGOBI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO (ICCA): COMPLETAR UN EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL, INCLUYENDO UNA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT), ANTES DEL INICIO DE LA TERAPIA Y EN LOS INTERVALOS PROGRAMADOS RECOMENDADOS.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

GALCANEZUMAB-GNLM

Productos Afectados

- EMGALITY PEN MG/ML, 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)
- EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120

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	INICIO: PREVENCIÓN DE MIGRAÑA: 6 MESES. CEFALEA EN RACIMOS EPISÓDICA: 3 MESES. RENOVACIÓN (TODOS): 12 MESES.
Otros Criterios	PREVENCIÓN DE MIGRAÑA: INICIO/RENOVACIÓN: NO SE DEBE UTILIZAR CONJUNTAMENTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE MIGRAÑA. RENOVACIÓN: REDUCCIÓN EN LA FRECUENCIA, LA INTENSIDAD O LA DURACIÓN DE MIGRAÑAS O DOLORES DE CABEZA CON EL TRATAMIENTO. CEFALEA EN RACIMOS EPISÓDICA: RENOVACIÓN: MEJORA EN LA FRECUENCIA DE CEFALEA EN RACIMOS EPISÓDICA EN COMPARACIÓN CON LA SITUACIÓN INICIAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

GANAXOLONE

Productos Afectados
- ZTALMY

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

GEFITINIB

Productos Afectados

- *gefitinib*

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) METASTÁSICO CON MUTACIÓN DEL EGFR: NO RECIBE TRATAMIENTO CONCURRENTE CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA DEL EGFR.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

GEPIRONE

Productos Afectados

- EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR
- EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: INICIO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LOS FÁRMACOS DE ELECCIÓN: TRINTELLIX Y UN ANTIDEPRESIVO GENÉRICO. INICIO/RENOVACIÓN: NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON OTRO AGONISTA DEL RECEPTOR 5-HT1A (POR EJEMPLO: BUSPIRONA). RENOVACIÓN: RESPUESTA O REMISIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON EL TRATAMIENTO.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

GILTERITINIB

Productos Afectados

- XOSPATA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

GLASDEGIB

Productos Afectados

- DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

GLATIRAMER

Productos Afectados

- *glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml*
- *glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

GLP1-DULAGLUTIDE

Productos Afectados

- TRULICITY

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

GLP1-SEMAGLUTIDE

Productos Afectados

- OZEMPIC ORAL
- OZEMPIC SUBCUTANEOUS
- RYBELSUS

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

GLP1-TIRZEPATIDE

Productos Afectados

- MOUNJARO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

GOSERELIN

Productos Afectados

- ZOLADEX

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ENDOMETRIOSIS: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (POR EJEMPLO: ECOGRAFÍA PÉLVICA) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (POR EJEMPLO: LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ENDOMETRIOSIS: PRESCRITO POR UN OBSTETRA/GINECÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	CARCINOMA DE PRÓSTATA ETAPA B2-C: 4 MESES. ENDOMETRIOSIS: 6 MESES DE POR VIDA. RESTANTES: 12 MESES.
Otros Criterios	ENDOMETRIOSIS: 1) SIN USO CONCURRENTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE NSAID Y PREPARACIÓN QUE CONTIENE PROGESTINA, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 6 MESES DE TRATAMIENTO DE POR VIDA. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

GUSELKUMAB

Productos Afectados

- TREMFYA INTRAVENOUS
- TREMFYA ONE-PRESS
- TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)
- TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML
- TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA, EL CUERO CABELLUDO O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIALES: PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. COLITIS ULCEROSA (UC), ENFERMEDAD DE CROHN (CD): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A AMBOS INMUNOSUPRESIVOS Y PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN PRODUCTO BIOLÓGICO DIFERENTE, PDE-4 INHIBIDOR, O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN.

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	RENOVACIÓN: PSO, PSA: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

HIGH CONCENTRATION ORAL OPIOID SOLUTIONS

Productos Afectados

- *morphine concentrate 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	TOLERANCIA A OPIOIDES: 12 MESES. HOSPICIO, CUIDADOS PALIATIVOS O CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA: DE POR VIDA.
Otros Criterios	1) TOLERANTE A OPIOIDES (ES DECIR, USO PREVIO DE 60 MG DE MORPHINE ORAL AL DÍA, 25 MCG DE FENTANYL TRANSDÉRMAL POR HORA, 30 MG DE OXYCODONE ORAL AL DÍA, 8 MG DE HYDROMORPHONE ORAL AL DÍA, 25 MG DE OXYMORPHONE ORAL AL DÍA, 60 MG DE HYDROCODONE ORAL AL DÍA O UNA DOSIS EQUIANALGÉSICA DE OTRO OPIOIDE) Y TIENE PROBLEMAS PARA TRAGAR TABLETAS, CÁPSULAS O GRANDES VOLÚMENES DE LÍQUIDO DE OPIOIDES, O 2) ESTÁ INSCRITO EN UN HOSPICIO O CUIDADOS PALIATIVOS O ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY - GROUP 1

Productos Afectados

- *dicyclomine oral capsule*
- *dicyclomine oral solution*
- *dicyclomine oral tablet 20 mg*
- *hydroxyzine hcl oral tablet*
- *hydroxyzine pamoate*
- *trihexyphenidyl oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. SE APROBARÁ A LOS PACIENTES DE HOSPICIO SIN CRITERIOS ADICIONALES.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY - GROUP 2

Productos Afectados

- *amitriptyline*
- *amoxapine*
- *chlorpromazine 25 mg/ml amp 25's,outer*
- *chlorpromazine oral*
- *clomipramine*
- *clozapine oral tablet*
- *clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg*
- COBENFY
- COBENFY STARTER PACK
- *desipramine*
- *doxepin oral capsule*
- *doxepin oral concentrate*
- *imipramine hcl*
- LYBALVI
- *olanzapine oral*
- *perphenazine*
- *perphenazine-amitriptyline*
- VERSACLOZ

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. SE APROBARÁ A LOS PACIENTES DE HOSPICIO SIN CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
BUTALBITAL-CONTAINING AGENTS

Productos Afectados

- *butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg*
- *butalbital-acetaminophen-caff oral capsule*
- *butalbital-acetaminophen-caff oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. PARA LOS PACIENTES DE HOSPICIO SON APROBADOS SIN REQUERIR CRITERIOS ADICIONALES.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
DIPHENOXYLATE-ATROPINE

Productos Afectados

- *diphenoxylate-atropine oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. SE APROBARÁ A LOS PACIENTES DE HOSPICIO SIN CRITERIOS ADICIONALES.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
DIPYRIDAMOLE

Productos Afectados
- *dipyridamole oral*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. SE APROBARÁ A LOS PACIENTES DE HOSPICIO SIN CRITERIOS ADICIONALES.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
ESTRADIOL-NORETHINDRONE

Productos Afectados

- *abigale*
- *estradiol-norethindrone acet*
- *mimvey*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	ATROFIA VULVAR/VAGINAL, OSTEOPOROSIS Y SÍNTOMAS VASOMOTORES DE LA MENOPAUSIA: QUIEN PRESCRIBE RECONOCE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. EL TRATAMIENTO DE HIPOESTROGENISMO Y PARA LOS PACIENTES DE HOSPICIO SERÁN APROBADOS SIN REQUERIR CRITERIOS ADICIONALES.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
ESTROGEN-MEDROXYPROGESTERONE

Productos Afectados

- PREMPHASE
- PREMPRO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. SE APROBARÁ A LOS PACIENTES DE HOSPICIO SIN CRITERIOS ADICIONALES.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
GLYBURIDE FORMULATIONS

Productos Afectados

- *glyburide*
- *glyburide micronized*
- *glyburide-metformin*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM): 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE GLIMEPIRIDE O GLIPIZIDE, O 2) QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. LA AUTORIZACIÓN PARA PACIENTES DE HOSPICE NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
INDOMETHACIN

Productos Afectados
- *indomethacin oral capsule*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. SE APROBARÁ A LOS PACIENTES DE HOSPICIO SIN CRITERIOS ADICIONALES.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
KETOROLAC

Productos Afectados

- *ketorolac oral*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	30 DAYS
Otros Criterios	QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. SE APROBARÁ A LOS PACIENTES DE HOSPICIO SIN CRITERIOS ADICIONALES.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
MEGESTROL

Productos Afectados

- *megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)*
- *megestrol oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. SE APROBARÁ A LOS PACIENTES DE HOSPICIO SIN CRITERIOS ADICIONALES.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
PAROXETINE

Productos Afectados

- *paroxetine hcl*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. SE APROBARÁ A LOS PACIENTES DE HOSPICIO SIN CRITERIOS ADICIONALES.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
PHENOBARBITAL

Productos Afectados
- *phenobarbital*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: PARA PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA PERSONAS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	EPILEPSIA/CONVULSIONES: PACIENTES A LOS QUE SE LES RECETA PHENOBARBITAL POR PRIMERA VEZ: 1) NO HAN RESPONDIDO AL MENOS A UN ANTICONVULSIVO, O 2) EL MÉDICO QUE LO PRESCRIBE RECONOCE/ES CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. LOS PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS SERÁN APROBADOS SIN NECESIDAD DE CUMPLIR CRITERIOS ADICIONALES.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
PROMETHAZINE

Productos Afectados

- *promethazine injection solution 25 mg/ml*
- *promethazine oral tablet*
- *promethazine rectal suppository 25 mg*
- *promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	PRURITO/URTICARIA/ALERGIA ESTACIONAL/PERENNE: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN PARA UN ANTIHISTAMÍNICO NO SEDANTE, COMO LEVOCETIRIZINE, O 2) QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS. NÁUSEAS Y VÓMITOS: QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS. LOS PACIENTES DE HOSPICIO REQUIEREN LA CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO DE QUE LA MEDICACIÓN SOLICITADA SE UTILIZA PARA TRATAR UN DIAGNÓSTICO NO RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD TERMINAL O UNA CONDICIÓN RELACIONADA, Y QUE SE APRUEBA SIN TRATAR LAS ALTERNATIVAS DE LA LISTA DE MEDICAMENOS CUBIERTOS (FORMULARY) NI REQUERIR EL RECONOCIMIENTO DE QUIEN PRESCRIBE.

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

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

Productos Afectados

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg*
- *methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MAYORES DE 65 AÑOS. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (PA) PARA NIÑOS DE 0 A 64 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	QUIEN PRESCRIBE RECONOCE/ESTÁ CONSCIENTE DE QUE EL MEDICAMENTO SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. SE APROBARÁ A LOS PACIENTES DE HOSPICIO SIN CRITERIOS ADICIONALES.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

IBRUTINIB

Productos Afectados

- IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG
- IMBRUVICA ORAL SUSPENSION
- IMBRUVICA ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	ENFERMEDAD CRÓNICA DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (CGVHD): NO SE PUEDE USAR CONCURRENTEMENTE CON JAKAFI, NIKTIMVO O REZUROCK.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ICATIBANT

Productos Afectados

- *icatibant*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: 1) HAE TIPO III, O 2) HAE TIPO I O II CONFIRMADO MEDIANTE UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE COMPLEMENTO: NIVELES DE PROTEÍNA C1-INH, NIVELES DE PROTEÍNA C4, NIVELES FUNCIONALES DE C1-INH, C1Q.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	HAE: INICIAL: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO, INMUNÓLOGO, REUMATÓLOGO O NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	HAE: INICIAL/RENOVACIÓN: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTROS MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE ATAQUES AGUDOS DE HAE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

IDELALISIB

Productos Afectados

- ZYDELIG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

IMATINIB

Productos Afectados

- *imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg*

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	TRATAMIENTO ADYUVANTE DE TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: 36 MESES. RESTO DE DIAGNÓSTICOS: 12 MESES.
Otros Criterios	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO: EL PACIENTE NO HA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON OTRO INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

IMATINIB SOLUTION

Productos Afectados

- IMKELDI

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	TRATAMIENTO ADYUVANTE DE TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: 36 MESES. RESTO DE DIAGNÓSTICOS: 12 MESES.
Otros Criterios	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO: EL PACIENTE NO HA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON OTRO INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA. TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PUEDE TRAGAR LAS TABLETAS GENÉRICAS DE IMATINIB.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

IMETELSTAT

Productos Afectados

- RYTELO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

IMLUNESTRANT

Productos Afectados

- INLURIYO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

INAVOLISIB

Productos Afectados

- ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

INFLIXIMAB

Productos Afectados

- *infliximab*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIALES: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.PSA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA. PSO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA. AS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ. CD DE MODERADO A GRAVE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS EDADES COINCIDEN: SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. UC: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS EDADES COINCIDEN: SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, XELJANZ, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. INICIAL/RENOVACIÓN: RA, PSA, AS, PSO, CD DE MODERADA A GRAVE, UC: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: RA, PSA, AS, PSO: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

INSULIN SUPPLIES PAYMENT DETERMINATION

Productos Afectados

- 1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT
- 1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2"
- 1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16
- 1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32
- ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2
- ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2
- ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2"
- ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16
- ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G
- ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM
- ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G
- ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G
- ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G
- ALCOHOL PADS
- ALCOHOL PREP SWABS
- ALCOHOL WIPES
- AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM
- AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM
- ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM
- ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16"
- ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16"
- ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"
- ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16"
- ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM
- ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64"
- ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64"
- AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM
- BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G
- BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE
- BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)
- BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G
- BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE
- BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM
- BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE
- BD LO-DOSE ULTRA-FINE
- BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM
- BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM
- BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM
- BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM
- BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM
- BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G
- BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8
- BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G
- BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM
- BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G
- BD SINGLE USE SWAB
- BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G
- BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G
- BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G
- BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G
- BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G
- BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2)
- BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G
- BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G
- BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G
- BORDERED GAUZE 2"X2"
- CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G
- CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G
- CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G
- CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G

- CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD
- CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32"
- CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16"
- CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16"
- CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE
- CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND
- COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16"
- COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16"
- COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML
- COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML
- COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM
- COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 27G 12.7MM
- COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16"
- COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3"
- COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6"
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM

- COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM
- CURAD GAUZE PADS 2" X 2"
- CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM
- CURITY GAUZE PADS
- CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG
- DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII
- DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY
- DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE
- DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) OUTER
- DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) OUTER
- DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2)
- DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2)
- DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM
- DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) OUTER
- DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM
- DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) OUTER
- DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) OUTER
- DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM OUTER
- DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM OUTER
- DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2)
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM
- DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM OUTER
- DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM OUTER
- DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM OUTER
- DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM OUTER
- DROPLET INS SYR 1 ML 30G 12.5MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 30G 6MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM OUTER
- DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM OUTER
- DROPLET INS SYR 1 ML 31G 8MM
- DROPLET MICRON 34G X 9/64"
- DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM
- DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM
- DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM
- DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM
- DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM
- DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM
- DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM
- DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM
- DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM
- DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM
- DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS
- DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM
- DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
- DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM
- DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 4MM
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 8MM
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2"
- EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16"

- EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE
- EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2"
- EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16"
- EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16"
- EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD
- EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR
- EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM
- EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4"
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16"
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16"
- EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32"
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM
- EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM
- EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM
- EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2"
- EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G
- EASY TOUCH 0.3 ML 30G 8MM(1/2)
- EASY TOUCH 0.3 ML 31G 6MM(1/2)
- EASY TOUCH 0.3 ML 31G 8MM(1/2)
- EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16
- EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2"
- EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED
- EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 6MM
- EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 8MM
- EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 6MM
- EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 8MM
- EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5
- EASY TOUCH INS 0.3 ML 30G 8MM
- EASY TOUCH INS 0.3 ML 31G 8MM
- EASY TOUCH INS 0.5 ML 30G 8MM
- EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 6MM
- EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 8MM
- EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2"
- EASY TOUCH INS 1 ML 28G 12.7MM
- EASY TOUCH INS SYR 1 ML 30G 8MM
- EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 6MM
- EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 8MM
- EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2
- EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2
- EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML
- EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2"
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2"
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16
- EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM
- EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM
- EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM
- EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM
- EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML
- EASYLIFE ALCOHOL 70% PADS

- EASYLIFE INS PEN NDL 29G 12MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 31G 4MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 31G 5MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 31G 6MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 31G 8MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 32G 4MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 32G 5MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 32G 6MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 32G 8MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 33G 4MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 33G 5MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 33G 6MM
- EASYLIFE INS PEN NDL 33G 8MM
- EASYLIFE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM
- EASYLIFE INS SYR 1 ML 30G 8MM
- EASYLIFE INS SYR 1 ML 31G 8MM
- EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 4MM
- EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 5MM
- EASYLIFE SYR 1 ML 30G 12.7MM
- EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM
- EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2"
- FT STERILE PADS 2" X 2"
- GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "
- GAUZE PADS 2"X2" STRL
- GNP ALCOHOL SWAB STERILE, TWO PLY
- GNP PEN NEEDLE 31G 5MM
- GNP PEN NEEDLE 32G 6MM
- GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM
- GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT
- GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2"
- GNP ULTR CMFRT 0.5 ML 30GX5/16
- GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE
- GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR
- HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G
- HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS
- INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G
- INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G
- INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G
- INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G
- INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G
- INSULIN 1 ML SYRINGE
- INSULIN 1/2 ML SYRINGE
- INSULIN 3/10 ML SYRINGE
- INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2)
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC)
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC)
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX)
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC)
- INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER
- INSULIN SYRINGE 0.3 ML
- INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4
- INSULIN SYRINGE 0.5 ML
- INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4
- INSULIN SYRINGE 1 ML

- INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER
- INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM
- INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (OTC)
- INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC)
- INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC)
- INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4"
- INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE,THIN II (OTC)
- INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE
- INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE
- INSUPEN PEN NEEDLE 29GX1/2"
- INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM
- INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16"
- INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM
- INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX)
- IV ANTISEPTIC WIPES
- KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD
- LISCO SPONGES 100/BAG
- LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE
- LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR
- LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR
- LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML
- LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G
- LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G
- LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16"
- LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16"
- LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2"
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16"
- MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML
- MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML
- MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML
- MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML
- MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML
- MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G
- MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2"
- MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM
- MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2"
- MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2"
- MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM
- MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM
- MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER
- MINI PEN NEEDLE 32G 5MM
- MINI PEN NEEDLE 32G 8MM
- MINI PEN NEEDLE 33G 4MM
- MINI PEN NEEDLE 33G 5MM
- MINI PEN NEEDLE 33G 6MM
- MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE
- MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2"
- MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2"
- MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML
- MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML
- MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR U-100
- MONOJECT SYRINGE 0.3 ML

- MONOJECT SYRINGE 0.5 ML
- MONOJECT SYRINGE 1 ML
- NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM
- NANO PEN NEEDLE 32G 4MM
- NOVOFINE 30
- NOVOFINE 32G NEEDLES
- NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6"
- PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT
- PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER
- PEN NEEDLE 30G 8MM INNER
- PEN NEEDLE 30G X 5/16"
- PEN NEEDLE 31G 8MM
- PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI
- PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"
- PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL
- PEN NEEDLES 4MM 32G
- PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC)
- PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC)
- PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2"
- PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4"
- PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM
- PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM
- PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4"
- PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM
- PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM
- PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM
- PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4"
- PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16"
- PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2"
- PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16"
- PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2"
- PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16"
- PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- PRO COMFORT PEN NDL 32G 8MM
- PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4"
- PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G
- PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G
- PRO-COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2"
- PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16"
- PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16"
- PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
- PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM
- PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM
- PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
- PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM
- RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM
- RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM
- RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64"
- RELION PEN NEEDLE 32GX5/32"
- RELION SYRING 0.3 ML 31GX5/16" INNER
- RELION SYRING 0.5 ML 31GX5/16" INNER (OTC)
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10
- SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM
- SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G
- SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"
- SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER
- SECURESAFE PEN NEEDLE 31G 5MM OUTER
- SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER

- SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER
- SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM
- SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM
- SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2)
- SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 1 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE
- SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE
- SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS
- SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4
- SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4
- SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4"
- SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM
- SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM
- SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM
- SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM
- SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM
- SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML
- SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML
- SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML
- SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML
- SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML
- SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS
- TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2)
- TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM
- TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2"
- TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32"
- TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM
- TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML
- TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML
- TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML
- TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-1 ML
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16"
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16"
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16"
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS

- TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16"
- TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 5MM
- TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 6MM
- TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 8MM
- TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 32G 4MM
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16"
- ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2)
- ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4"
- ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM
- ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM
- ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
- ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2"
- ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G
- ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G
- ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G
- ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM
- ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G
- ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM
- ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G
- ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM
- ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2"
- ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL
- ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2"
- ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL
- ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16"
- ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM
- ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM
- ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM
- ULTILET ALCOHOL STERL SWAB
- ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML
- ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML
- ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML
- ULTILET PEN NEEDLE
- ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G
- ULTRA COMFORT 0.3 ML 29GX1/2"
- ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE
- ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G
- ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2"
- ULTRA COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- ULTRA COMFORT 1 ML 29GX1/2"
- ULTRA COMFORT 1 ML 30GX5/16"
- ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE
- ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2)
- ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2)
- ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2)
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM

- ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16"
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16"
- ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2"
- ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM
- ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM
- ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2)
- ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2)
- ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM
- ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM
- ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM
- ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM
- ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM
- ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM
- ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM
- ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM
- ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM
- ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM
- ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16"
- ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G
- ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G
- ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G
- ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G
- ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2"
- ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16
- ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16"
- ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16"
- ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2"
- ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32"
- UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM
- UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM
- UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM
- UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL
- UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI
- UNIFINE PENTIPS 32G 4MM
- UNIFINE PENTIPS 32GX1/4"
- UNIFINE PENTIPS 33GX5/32"
- UNIFINE PENTIPS 6MM 31G
- UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16"
- UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G
- UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM
- UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16"
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT
- UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32"
- UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32"
- UNIFINE PROTECT 30G 5MM
- UNIFINE PROTECT 30G 8MM
- UNIFINE PROTECT 32G 4MM
- UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM
- UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM
- UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM
- VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER
- VANISHPOINT INS 0.5 ML 30G 8MM OUTER
- VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16"
- VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR
- VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2"
- VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM

- VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM
- VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM
- VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM
- VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM
- VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER
- VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2"
- VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16"
- VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16"
- VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16"
- VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY
- WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE

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	DE POR VIDA.
Otros Criterios	SÓLO CUBIERTO POR LA PARTE D CUANDO SE USA CONCURRENTEMENTE CON INSULIN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

INTERFERON FOR MS-AVONEX

Productos Afectados

- AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT
- AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

INTERFERON FOR MS-BETASERON

Productos Afectados

- BETASERON SUBCUTANEOUS KIT

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

INTERFERON FOR MS-PLEGRIDY

Productos Afectados

- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML
- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

INTERFERON GAMMA-1B

Productos Afectados
- ACTIMMUNE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA (CGD): PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO, ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. OSTEOPETROSIS MALIGNA GRAVE (SMO): PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO O HEMATÓLOGO.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	RENOVACIÓN: CGD, SMO: 1) BENEFICIO CLÍNICO DEMOSTRADO EN COMPARACIÓN CON EL NIVEL BASE, Y 2) NO HA RECIBIDO TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

IPILIMUMAB

Productos Afectados
- YERVOY

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	INICIAL: IRRESECABLE /MET MEL: 4 MESES, RCC/CRC/HCC: 3 MESES, TODOS LOS DEMÁS: 12 MESES. INICIAL/RENOVACIÓN: CUTAN MEL: 6 MESES
Otros Criterios	RENOVACIÓN: MELANOMA CUTÁNEO ADJUVANTE: SIN EVIDENCIA DE RECURRENCIA DE ENFERMEDAD (DEFINIDO COMO LA APARIENCIA DE UNA O MÁS LESIONES DE MELANOMA NUEVAS: METASTASIS LOCAL, REGIONAL O DISTANTE). ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ISAVUCONAZONIUM

Productos Afectados

- CRESEMBA ORAL

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ASPERGILOSIS INVASIVA, MUCORMICOSIS INVASIVA: PRESCRITO POR UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	6 MESES.
Otros Criterios	ASPERGILOSIS INVASIVA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE VORICONAZOLE. LA CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

IVACAFTOR

Productos Afectados
- KALYDECO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	FIBROSIS CÍSTICA (CF): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O EXPERTO EN FIBROSIS CÍSTICA O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 12 MESES. RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros Criterios	CF: INICIAL: 1) NO HOMOCIGOTO PARA LA MUTACIÓN F508DEL EN EL GEN REGULADOR DE LA CONDUCCIÓN TRANSMEMBRANA DE LA FIBROSIS QUÍSTICA (CFTR), Y 2) SIN USO CONCURRENTE CON OTRO MODULADOR DEL CFTR. RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL ESTADO CLÍNICO, Y 2) SIN USO CONCURRENTE CON OTRO MODULADOR DEL CFTR.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

IVOSIDENIB

Productos Afectados

- TIBSOVO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

IXAZOMIB

Productos Afectados

- NINLARO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LAMOTRIGINE

Productos Afectados

- SUBVENITE ORAL SUSPENSION

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	12 MESES.
Otros Criterios	TODAS LAS INDICACIONES: CONTRAINDICACIÓN O INCAPACIDAD DE TRAGAR TABLETAS DE LAMOTRIGINE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

LANREOTIDE

Productos Afectados

- *lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml*
- SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ACROMEGALIA: INICIAL: LA TERAPIA ES PRESCRITA POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO.
Duración de la Cobertura	ACROMEGALIA: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES. GEP-NETS, SÍNDROME CARCINOIDE: 12 MESES.
Otros Criterios	ACROMEGALIA: RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN, NORMALIZACIÓN O MANTENIMIENTO DE LOS NIVELES DE IGF-1 SEGÚN LA EDAD Y EL SEXO, Y 2) MEJORA O REMISIÓN SOSTENIDA DE LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LAPATINIB

Productos Afectados

- *lapatinib*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LAROTRECTINIB

Productos Afectados

- VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI 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	12 MESES.
Otros Criterios	SOLUCIÓN ORAL DE VITRAKVI: 1) PRUEBA DE CÁPSULAS DE VITRAKVI O 2) NO PUEDE TOMAR LA FORMULACIÓN EN CÁPSULAS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

LAZERTINIB

Productos Afectados

- LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

Productos Afectados

- HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG
- HARVONI ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	NIVEL DE ARN DEL VHC EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	SE APLICARÁN CRITERIOS DE CONFORMIDAD CON LA ORIENTACIÓN VIGENTE DE AASLD/IDSA.
Otros Criterios	1) SE APLICARÁN CRITERIOS DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES VIGENTES DE LA AASLD/IDSA, Y 2) NO TOMAR SIMULTÁNEAMENTE NINGUNO DE LOS SIGUIENTES: CARBAMAZEPINE, PHENYTOIN, PHENOBARBITAL, OXCARBAZEPINE, RIFAMPIN, RIFABUTIN, RIFAPENTINE, ROSUVASTATIN, TIPRANAVIR/RITONAVIR, SOFOSBUVIR (COMO AGENTE ÚNICO), EPCLUSA, ZEPATIER, MAVYRET, O VOSEVI.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LENALIDOMIDE

Productos Afectados

- *lenalidomide*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LENVATINIB

Productos Afectados

- LENVIMA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LETERMOVIR

Productos Afectados
- PREVYMIS ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	HSCT: SIN RIESGO DE CMV TARDÍO: 4 MESES, CON RIESGO DE CMV TARDÍO: 7 MESES. TRASPLANTE DE RIÑÓN: 7 MESES.
Otros Criterios	TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS (HSCT): 1) LA TERAPIA SE INICIARÁ ENTRE EL DÍA 0 Y EL DÍA 28 DESPUÉS DEL TRASPLANTE, Y 2) NO RECIBIRÁN LA MEDICACIÓN MÁS ALLÁ DE LOS 100 DÍAS DESPUÉS DEL TRASPLANTE SI NO CORREN RIESGO DE INFECCIÓN Y ENFERMEDAD TARDÍA POR CITOMEGALOVIRUS (CMV), O MÁS ALLÁ DE LOS 200 DÍAS DESPUÉS DEL TRASPLANTE SI CORREN RIESGO DE INFECCIÓN Y ENFERMEDAD TARDÍA POR CMV. TRASPLANTE DE RIÑÓN: 1) LA TERAPIA SE INICIARÁ ENTRE EL DÍA 0 Y EL DÍA 7 DESPUÉS DEL TRASPLANTE, Y 2) NO RECIBIRÁN LA MEDICACIÓN MÁS ALLÁ DE LOS 200 DÍAS DESPUÉS DEL TRASPLANTE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LEUPROLIDE

Productos Afectados

- *leuprolide subcutaneous kit*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	CÁNCER DE PRÓSTATA: 12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LEUPROLIDE DEPOT

Productos Afectados

- *leuprolide acetate (3 month)*
- LUTRATE DEPOT (3 MONTH)

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LEUPROLIDE MESYLATE

Productos Afectados

- CAMCEVI (6 MONTH)

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LEUPROLIDE-ELIGARD

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LEUPROLIDE-LUPRON DEPOT

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (POR EJEMPLO: ECOGRAFÍA PÉLVICA) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (POR EJEMPLO: LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: PRESCRITO POR UN OBSTETRA/GINECÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	CA DE PRÓSTATA: 12 MESES. FIBROMAS UTERINOS: 3 MESES. ENDOMETRIOSIS: INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: 1) SIN USO CONCURRENTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE NSAID Y PREPARACIÓN QUE CONTIENE PROGESTINA, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 12 MESES DE TRATAMIENTO DE POR VIDA. RENOVACIÓN: ENDOMETRIOSIS: 1) MEJORA DEL DOLOR RELACIONADO CON ENDOMETRIOSIS DURANTE LA TERAPIA, 2) RECIBE TERAPIA ADICIONAL CONCOMITANTE (ES DECIR, PREPARACIÓN ANTICONCEPTIVA COMBINADA DE ESTRÓGENO-PROGESTINA O DE PROGESTINA SOLA), 3) SIN USO CONCURRENTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, Y 4) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 12 MESES DE TRATAMIENTO DE POR VIDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

LEUPROLIDE-LUPRON DEPOT-PED

Productos Afectados

- LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)
- LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	PUBERTAD PRECOZ CENTRAL (CPP): INICIAL: NIVEL DE HORMONA LUTEINIZANTE (LH) MAYOR DE 0,2 A 0,3 MUI/ML AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	CPP: INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	CPP: INICIAL: MUJERES: 1) MENORES DE 8 AÑOS AL INICIO DE CPP, Y 2) EN EL ESTADÍO TANNER 2 O SUPERIOR PARA EL DESARROLLO MAMARIO Y EL CRECIMIENTO DEL VELLO PÚBICO. HOMBRES: 1) MENORES DE 9 AÑOS AL INICIO DE LA CPP, Y 2) EN EL ESTADÍO TANNER 2 O SUPERIOR PARA EL DESARROLLO GENITAL Y EL CRECIMIENTO DEL VELLO PÚBICO. RENOVACIÓN: 1) EL ESTADÍO TANNER EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL SE HA ESTABILIZADO O REGRESADO DURANTE TRES VISITAS MÉDICAS SEPARADAS EN EL AÑO ANTERIOR, Y 2) NO HA ALCANZADO LA EDAD REAL QUE CORRESPONDE A LA EDAD PUBERTA ACTUAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

L-GLUTAMINE

Productos Afectados

- *glutamine (sickle cell)*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES (SCD): INICIAL: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 12 MESES. RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros Criterios	SCD: INICIAL: MAYORES DE 18 AÑOS: 1) AL MENOS 2 CRISIS DE ANEMIA FALCIFORME EN EL ÚLTIMO AÑO, 2) SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA ANEMIA FALCIFORME QUE INTERFIERAN EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, O 3) ANTECEDENTES DE SÍNDROME TORÁCICO AGUDO RECURRENTE. DE 5 A 17 AÑOS: APROBADO SIN CRITERIOS ADICIONALES. RENOVACIÓN: MANTENIMIENTO O REDUCCIÓN DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS DE LA SCD.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LIDOCAINE OINTMENT

Productos Afectados

- *lidocaine topical ointment*

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	12 MESES.
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO PUEDE ESTAR INCLUIDO Y CUBIERTO POR SERVICIOS RELACIONADOS CON DIÁLISIS PARA ENFERMEDADES RENALES EN ETAPA TERMINAL O CUBIERTO POR MEDICARE D DEPENDIENDO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LIDOCAINE PATCH

Productos Afectados

- *dermacinrx lidocan 5% patch outer*
- *lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %*
- *lidocan iii*
- ZTLIDO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	1) DOLOR ASOCIADO A NEURALGIA POSTHERPÉTICA, 2) NEUROPATÍA DEBIDA A DIABETES MELLITUS, 3) DOLOR DE ESPALDA CRÓNICO, O 4) OSTEOARTRITIS DE RODILLA O CADERA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LIDOCAINE PRILOCAINE

Productos Afectados

- *lidocaine-prilocaine topical cream*

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	12 MESES.
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO PUEDE ESTAR INCLUIDO Y CUBIERTO POR SERVICIOS RELACIONADOS CON LA DIÁLISIS PARA ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL O CUBIERTO POR MEDICARE D, SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS. ES POSIBLE QUE SE DEBA PRESENTAR INFORMACIÓN QUE DESCRIBA EL USO Y EL CONTEXTO DEL MEDICAMENTO PARA TOMAR LA DETERMINACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LINVOSELTAMAB-GCPT

Productos Afectados

- LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML, 20 MG/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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LONCASTUXIMAB TESIRINE-LPYL

Productos Afectados

- ZYNLONTA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LORLATINIB

Productos Afectados

- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LOTILANER

Productos Afectados

- XDEMVY

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	BLEFARITIS DEMODEX: MAYORES DE 18 AÑOS.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 SEMANAS.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

LUMACAFTOR-IVACAFTOR

Productos Afectados

- ORKAMBI ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	FIBROSIS CÍSTICA (CF): INICIAL: PRESCRITO POR UN PULMONÓLOGO O EXPERTO EN FQ O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros Criterios	CF: INICIAL: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO MODULADOR DEL REGULADOR DE LA CONDUCCIÓN TRANSMEMBRANA DE LA FIBROSIS QUÍSTICA (CFTR). RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL ESTADO CLÍNICO Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO MODULADOR DE CFTR.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MACITENTAN

Productos Afectados

- *macitentan*
- OPSUMIT

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR DE 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCUADRE CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR DE 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MARGETUXIMAB-CMKB

Productos Afectados

- MARGENZA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MARIBAVIR

Productos Afectados

- LIVTENCITY

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MECASERMIN

Productos Afectados
- INCRELEX

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	RETRASO DEL CRECIMIENTO: INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O NEFRÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	RETRASO DEL CRECIMIENTO: INICIAL: EPÍFISIS ABIERTAS, CONFIRMADA POR RADIOGRAFÍA DE MUÑECA Y MANO. INICIAL/RENOVACIÓN: NO SE ADMINISTRA EL USO CONCURRENTE CON OTRO MEDICAMENTO DE HORMONA DE CRECIMIENTO. RENOVACIÓN: MEJORA DURANTE LA TERAPIA (AUMENTO DE LA ALTURA O VELOCIDAD DE CRECIMIENTO).
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MECHLORETHAMINE

Productos Afectados

- VALCHLOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MEPOLIZUMAB

Productos Afectados

- NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR
- NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN
- NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: ASMA: NIVEL DE EOSINÓFILOS EN SANGRE DE AL MENOS 150 CÉLULAS/MCL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ASMA: PRESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA O ALERGIAS O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. CRSWNP: PRESCRITO POR UN OTORRINOLARINGÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. COPD EOSINOFÍLICA: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: CRSWNP: 6 MESES. OTROS: 12 MESES. RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. ASMA: 1) TERAPIA CONCURRENTE CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERADA DE UN CORTICOESTEROIDE INHALADO (ICS) Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA EXACERBACIÓN DEL ASMA QUE REQUIERA UN TRATAMIENTO INTENSIVO DE CORTICOESTEROIDES SISTÉMICOS QUE DURE AL MENOS 3 DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIERA HOSPITALIZACIÓN O VISITA A LA SALA DE EMERGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O (B) CONTROL DEFICIENTE DE LOS SÍNTOMAS A

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL, COMO SE DEMUESTRA POR AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: SÍNTOMAS DE ASMA DIURNOS MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, CUALQUIER NOCHE DESPERTAR DEBIDO AL ASMA, SABA PROPORCIONA ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, CUALQUIER LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD DEBIDO AL ASMA. RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES (CRSWNP): 1) UNA PRUEBA DE 56 DÍAS CON UN CORTICOESTEROIDE NASAL TÓPICO, 2) EVIDENCIA DE PÓLIPOS NASALES POR EXAMEN DIRECTO, ENDOSCOPIA O CT SCAN DE LOS SENOS PARANASALES, Y 3) ENFERMEDAD MAL CONTROLADA. COPD EOSINOFÍLICA: SE UTILIZA EN COMBINACIÓN CON UN LAMA/LABA/ICS. RENOVACIÓN: ASMA: 1) USO CONTINUO DE ICS Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, 2) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DEL ASMA CON RESPECTO AL VALOR BASE, (B) DISMINUCIÓN EN EL USO DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA, O (D) AUMENTO DEL PORCENTAJE PREDICHO DE FEV1 CON RESPECTO AL VALOR BASE ANTES DEL TRATAMIENTO, Y 3) SIN USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN. CRSWNP: 1) BENEFICIO CLÍNICO EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASE Y 2) SIN USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS A LA MISMA INDICACIÓN. GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS (EGPA): 1) REDUCCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE EGPA EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASE O LA CAPACIDAD DE REDUCIR/ELIMINAR EL USO DE CORTICOESTEROIDES, Y 2) SIN USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN. COPD EOSINOFÍLICA: 1) UTILIZAR EN COMBINACIÓN CON UN LAMA/LABA/ICS, 2) NO UTILIZAR DE FORMA CONCOMITANTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN, Y 3) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DE COPD CON RESPECTO AL VALOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	BASAL, O (B) REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON COPD.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

MIDOSTAURIN

Productos Afectados
- RYDAPT

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	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: 6 MESES. MASTOCITOSIS SISTÉMICA AVANZADA: 12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MIFEPRISTONE

Productos Afectados

- *mifepristone oral tablet 300 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	SÍNDROME DE CUSHING (CS): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 1) CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS (AL MENOS 2 PRUEBAS PARA CONFIRMAR), 2) PRUEBA DE DEXAMETHASONE DE 1 MG DURANTE LA NOCHE O 3) CORTISOL SALIVAR A TARDE EN LA NOCHE (AL MENOS 2 PRUEBAS PARA CONFIRMAR).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	CS: INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	CS: INICIAL: EL HIPERCORTISOLISMO NO ES RESULTADO DEL USO CRÓNICO DE GLUCOCORTICOIDES. RENOVACIÓN: 1) CONTINÚA CON MEJORA DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA O ESTABILIZACIÓN DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA (POR EJEMPLO: REDUCCIÓN DEL A1C, MEJORA DE LA GLUCOSA EN AYUNAS), 2) CONTINÚA CON TOLERANCIA AL TRATAMIENTO, Y 3) CONTINÚA SIN SER CANDIDATO A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O HA FALLADO EN LA CIRUGÍA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MILTEFOSINE

Productos Afectados

- IMPAVIDO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MIRDAMETINIB

Productos Afectados

- GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG
- GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MIRVETUXIMAB SORAVTANSINE-GYNX

Productos Afectados

- ELAHERE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO, DE TROMPAS DE FALOPIO O PERITONEAL PRIMARIO: SE REALIZARÁ UN EXAMEN OFTÁLMICO, QUE INCLUYE LA AGUDEZA VISUAL Y UN EXAMEN CON LÁMPARA DE HENDIDURA, ANTES DEL INICIO DE LA TERAPIA Y EN LOS INTERVALOS PROGRAMADOS RECOMENDADOS.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MOMELOTINIB

Productos Afectados

- OJJAARA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

MOSUNETUZUMAB-AXGB

Productos Afectados

- LUNSUMIO
- LUNSUMIO VELO

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	LINFOMA FOLICULAR RECIDIVANTE O REFRACTARIO: INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 7 MESES.
Otros Criterios	LINFOMA FOLICULAR RECIDIVANTE O REFRACTARIO: RENOVACIÓN: 1) HA LOGRADO UNA RESPUESTA PARCIAL AL TRATAMIENTO, Y 2) NO HA RECIBIDO PREVIAMENTE MÁS DE 17 CICLOS DE TRATAMIENTO. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

NARCOLEPSY AGENTS

Productos Afectados

- *armodafinil*
- *modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

NAXITAMAB-GQGK

Productos Afectados

- DANYELZA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

NERANDOMILAST

Productos Afectados
- JASCAYD

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (IPF): UN PATRÓN DE NEUMONÍA INTERSTICIAL HABITUAL (UIP), EVIDENCIADO MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN (HRCT) ÚNICAMENTE, O A TRAVÉS DE UNA COMBINACIÓN DE BIOPSIA PULMONAR QUIRÚRGICA Y HRCT. FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA (PPF): 1) AL MENOS UN 10% DE FIBROSIS EN UNA HRCT TORÁCICA, Y 2) ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL CON UN FENOTIPO PROGRESIVO (PF-ILD).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: IPF: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO. PPF: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO O REUMATÓLOGO.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: IPF: 1) NO PRESENTA OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (POR EJEMPLO, ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, TOXICIDAD FARMACOLÓGICA, EXPOSICIÓN A ASBESTO O BERILIO, NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD, ESCLEROSIS SISTÉMICA, ARTRITIS REUMATOIDE, RADIACIÓN, SARCOIDOSIS, NEUMONÍA ORGANIZADA CON BRONQUIOLITIS OBLITERANTE, INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [HIV], HEPATITIS VIRAL, CÁNCER), Y 2) SE HA REALIZADO UNA PRUEBA CON —O EXISTE CONTRAINDICACIÓN PARA— UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERENTES: OFEV, PIRFENIDONE. PPF: 1) LA FUNCIÓN PULMONAR, LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O LAS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	IMÁGENES TORÁCICAS HAN EMPEORADO/PROGRESADO A PESAR DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ILD (NO ATRIBUIBLE A COMORBILIDADES TALES COMO INFECCIÓN O INSUFICIENCIA CARDÍACA), Y 2) SE HA REALIZADO UNA PRUEBA CON —O EXISTE CONTRAINDICACIÓN PARA— EL AGENTE PREFERENTE: OFEV (NINTEDANIB). RENOVACIÓN: IPF, PPF: MEJORA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA O MANTENIMIENTO DE LA TASA ANUAL DE DETERIORO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

NERATINIB

Productos Afectados
- NERLYNX

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE MAMA EN ETAPA TEMPRANA (ETAPAS I-III): SE SOLICITA LA MEDICACIÓN DENTRO DE LOS 2 AÑOS POSTERIORES A LA ADMINISTRACIÓN DE LA ÚLTIMA DOSIS DE TRASTUZUMAB. TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA ESTÁN CUBIERTAS SIN CRITERIOS ADICIONALES, EXCEPTO LOS CRITERIOS SEÑALADOS EN LA ETIQUETA APROBADA POR LA FDA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

NILOTINIB - TASIGNA

Productos Afectados

- *nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 50 mg*
- TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (Ph+ CML) TRATADA PREVIAMENTE: EL ANÁLISIS MUTACIONAL ANTES DEL INICIO Y LA MEDICACIÓN ES APROPIADA SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIÓN DE BCR-ABL1.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

NILOTINIB DANZITEN

Productos Afectados

- DANZITEN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (Ph+ CML) TRATADA PREVIAMENTE: 1) SE REALIZÓ UN ANÁLISIS MUTACIONAL ANTES DEL INICIO DE LA TERAPIA Y 2) LA TERAPIA ES APROPIADA SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIÓN DE BCR-ABL1.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

NINTEDANIB

Productos Afectados

- *nintedanib*
- OFEV

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (IPF): 1) PATRÓN DE NEUMONÍA INTERSTICIAL HABITUAL (UIP), DEMOSTRADO POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN (HRCT) SOLA O MEDIANTE UNA COMBINACIÓN DE BIOPSIA PULMONAR QUIRÚRGICA Y HRCT. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA (SSC-ILD): 1) AL MENOS EL 10% DE FIBROSIS EN UNA HRCT DE TÓRAX, Y 2) FVC BASE DE AL MENOS EL 40% DEL VALOR PREDICHO. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL FIBROSANTE CRÓNICA CON FENOTIPO PROGRESIVO (PF-ILD): 1) AL MENOS 10 % DE FIBROSIS EN UNA HRCT.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: FPI: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. SSC-ILD, PF-ILD: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: SSC-ILD: 6 MESES. FPI, PF-ILD: 12 MESES. RENOVACIÓN (TODAS LAS INDICACIONES): 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: IPF: 1) NO PRESENTAN OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (POR EJEMPLO: ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, TOXICIDAD MEDICAMENTOSA, EXPOSICIÓN AL ASBESTO O AL BERILIO, NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD) Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: ESBRIET (PIRFENIDONE). SSC-ILD: NO PRESENTAN OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (POR EJEMPLO: INSUFICIENCIA CARDÍACA/SOBRECARGA DE LÍQUIDOS, TOXICIDAD PULMONAR INDUCIDA POR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	MEDICAMENTOS, ASPIRACIÓN RECURRENTE). PF-ILD: LA FUNCIÓN PULMONAR Y LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O LAS IMAGENOLOGÍAS DE TÓRAX HAN EMPEORADO/PROGRESADO A PESAR DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS USADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ILD (NO ATRIBUIBLE A COMORBILIDADES COMO INFECCIÓN O INSUFICIENCIA CARDÍACA). RENOVACIÓN: IPF, SSC-ILD, PF-ILD: MEJORA CLÍNICA SIGNIFICATIVA O MANTENIMIENTO DE LA TASA ANUAL DE DECLIVE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

NIRAPARIB

Productos Afectados

- ZEJULA ORAL CAPSULE
- ZEJULA ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER EPITELIAL RECURRENTE DE OVARIO, TROMPAS DE FALOPIO O PERITONEO PRIMARIO: 1) ZEJULA SE UTILIZARÁ EN MONOTERAPIA, Y 2) EL TRATAMIENTO CON ZEJULA SE INICIARÁ A MÁS TARDAR 8 SEMANAS DESPUÉS DEL ÚLTIMO RÉGIMEN QUE CONTENGA PLATINO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

NIRAPARIB-ABIRATERONE

Productos Afectados
- AKEEGA

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (MCRPC): CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN (MCSPC):1) SE HA REALIZADO UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) TIENE UN NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

NIROGACESTAT

Productos Afectados

- OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

NITISINONE

Productos Afectados

- *nitisinone*
- ORFADIN ORAL SUSPENSION

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	TIROSINEMIA HEREDITARIA TIPO 1 (HT-1): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR NIVELES ELEVADOS DE SUCCINILACETONA EN ORINA O PLASMÁTICA O UNA MUTACIÓN EN EL GEN DE LA FUMARILACETATO HIDROLASA. RENOVACIÓN: LOS NIVELES DE SUCCINILACETONA EN ORINA O PLASMÁTICA HAN DISMINUIDO CON RESPECTO A LOS VALORES BASE DURANTE EL TRATAMIENTO CON NITISINONE.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	HT-1: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON QUIEN PRESCRIBE CON ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES METABÓLICAS HEREDITARIAS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	HT-1: INICIAL: SUSPENSIÓN DE ORFADIN: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE TABLETAS O CÁPSULAS DE NITISINONE PREFERIDAS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

NIVOLUMAB

Productos Afectados
- OPDIVO

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	12 MESES.
Otros Criterios	MELANOMA IRRESECABLE O METASTÁSICO: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON TERAPIA DIRIGIDA (ES DECIR, INHIBIDORES DE BRAF, INHIBIDORES DE MEK E INHIBIDORES DE NTRK).
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

NIVOLUMAB-HYALURONIDASE-NVHY

Productos Afectados
- OPDIVO QVANTIG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

NIVOLUMAB-RELATLIMAB-RMBW

Productos Afectados

- OPDUALAG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

NOGAPENDEKIN ALFA

Productos Afectados

- ANKTIVA

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	40 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

OFATUMUMAB-SQ

Productos Afectados
- KESIMPTA PEN

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

OLAPARIB

Productos Afectados
- LYNPARZA

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER EPITELIAL RECURRENTE DE OVARIO, TROMPAS DE FALOPIO O CÁNCER PERITONEAL PRIMARIO: EL MEDICAMENTO SE USARÁ COMO MONOTERAPIA. CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: 1) SE HA REALIZADO UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) TIENE UN NIVEL DE TESTOSTERONA CASTRADO (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH). TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA ESTÁN CUBIERTAS SIN CRITERIOS ADICIONALES, EXCEPTO LOS QUE SE INDICAN EN LA ETIQUETA APROBADA POR LA FDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

OLUTASIDENIB

Productos Afectados
- REZLIDHIA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

OMACETAXINE

Productos Afectados

- SYNRIBO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

OMALIZUMAB

Productos Afectados
- XOLAIR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIO: ASMA: PRUEBA CUTÁNEA O ANÁLISIS DE SANGRE (POR EJEMPLO: ELISA, FEIA) POSITIVOS A UN AEROALÉRGENO PERENNE Y UN NIVEL SÉRICO BASAL DE IGE DE AL MENOS 30 UI/ML. ALERGIA ALIMENTARIA: 1) NIVEL SÉRICO DE IGE DE AL MENOS 30 UI/ML, Y 2) PRUEBA CUTÁNEA POSITIVA AL MENOS A UN ALIMENTO, O PRUEBA DE PROVOCACIÓN ORAL CON ALIMENTOS SUPERVISADA MÉDICAMENTE POSITIVA AL MENOS A UN ALIMENTO.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIO/RENOVACIÓN: URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA (CSU): PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO, O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. INICIO: RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES (CRSWNP): PRESCRITO POR UN OTORRINOLARINGÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. ASMA: PRESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA O NEUMOLOGÍA, O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. ALERGIA ALIMENTARIA: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIO/RENOVACIÓN: ASMA 12 MESES/12 MESES, CSU 6 MESES/12 MESES, CRSWNP 6 MESES/12 MESES, ALERGIA ALIMENTARIA 12 MESES/24 MESES.
Otros Criterios	INICIO: URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA (CSU): 1) HABER RECIBIDO TRATAMIENTO Y MANTENIMIENTO O PRESENTAR CONTRAINDICACIÓN PARA SU USO DE UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN, Y 2) CONTINUAR EXPERIMENTANDO URTICARIA O ANGIOEDEMA LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA DURANTE AL MENOS 6

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	SEMANAS. CRSWNP: 1) UNA PRUEBA DE 56 DÍAS CON UN CORTICOSTEROIDE NASAL TÓPICO, 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS AGENTES PREFERIDOS: NUCALA, DUPIXENT, Y 3) NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. ASMA: 1) TRATAMIENTO CONCURRENTE CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (ICS) Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, 2) UNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES: (A) AL MENOS UNA EXACERBACIÓN DEL ASMA QUE REQUIERA UN TRATAMIENTO SISTÉMICO DE CORTICOSTEROIDES DURANTE 3 O MÁS DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIERA HOSPITALIZACIÓN O VISITA A EMERGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O (B) CONTROL INSUFICIENTE DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DEL TRATAMIENTO ACTUAL, EVIDENCIADO POR AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: SÍNTOMAS DE ASMA DURANTE EL DÍA MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, DESPERTAR NOCTURNO DEBIDO AL ASMA, USO DE BRONCODILATADORES DE ACCIÓN CORTA (SABA) PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, CUALQUIER LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEBIDO AL ASMA, Y 3) NO SE DEBE ADMINISTRAR CONJUNTAMENTE CON DUPIXENT, TEZSPIRE O FÁRMACOS BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE UTILIZAN PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA. ALERGIA ALIMENTARIA: 1) USO CONCURRENTE CON UNA RECETA VIGENTE DE AUTOINYECTOR/INYECCIÓN DE EPINEFRINA, Y 2) NO USAR SIMULTÁNEAMENTE CON INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA PARA EL MANÍ. RENOVACIÓN: URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA (CSU): CONTINUAR EL TRATAMIENTO O CONTRAINDICACIÓN PARA UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN. CRSWNP: 1) BENEFICIO CLÍNICO EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASAL, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. ASMA: 1) NO UTILIZAR CONCOMITANTEMENTE CON DUPIXENT, TEZSPIRE O BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	UTILICEN PARA EL ASMA, 2) CONTINUAR EL USO DE CORTICOSTEROIDES INHALADOS Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 3) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DEL ASMA CON RESPECTO AL VALOR BASAL, (B) DISMINUCIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA, O (D) AUMENTO DEL PORCENTAJE DEL FEV1 PREVISTO CON RESPECTO AL VALOR BASAL PREVIO AL TRATAMIENTO. ALERGIA ALIMENTARIA: 1) ALERGIA ALIMENTARIA PERSISTENTE MEDIADA POR IGE, 2) USO CONCOMITANTE DE UN AUTOINYECTOR/INYECCIÓN DE EPINEFRINA CON RECETA MÉDICA VIGENTE, Y 3) NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE DE INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA PARA EL MANÍ.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

OSIMERTINIB

Productos Afectados

- TAGRISSO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

OXANDROLONE

Productos Afectados

- *oxandrolone*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 MESES.
Otros Criterios	CATABOLISMO DE PROTEÍNAS, DOLOR ÓSEO: 1) CONTROLADO POR PELIOSIS HEPATIS, TUMORES DE CÉLULAS HEPÁTICAS Y CAMBIOS EN LOS LÍPIDOS SANGUÍNEOS, 2) NO HAY CONOCIMIENTO O SOSPECHA DE: CARCINOMA DE PRÓSTATA O MAMA EN PACIENTES MASCULINOS, CARCINOMA DE MAMA EN MUJERES CON HIPERCALCEMIA, NEFROSIS (FASE NEFRÓTICA DE LA NEFRITIS) O HIPERCALCEMIA, Y 3) NO TIENE DISFUNCIÓN HEPÁTICA GRAVE.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PACRITINIB

Productos Afectados

- VONJO

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	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	MIELOFIBROSIS: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PALBOCICLIB

Productos Afectados

- IBRANCE

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PARATHYROID HORMONE

Productos Afectados

- NATPARA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	HIPOCALCEMIA SECUNDARIA A HIPOPARATIROIDISMO: PRESCRITA POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO.
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	HIPOCALCEMIA SECUNDARIA A HIPOPARATIROIDISMO: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE CALCITRIOL, 2) EL HIPOPARATIROIDISMO NO SE DEBE A UNA MUTACIÓN DEL RECEPTOR DE DETECCIÓN DE CALCIO (CSR), Y 3) EL HIPOPARATIROIDISMO NO SE CONSIDERA HIPOPARATIROIDISMO POSTQUIRÚRGICO AGUDO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

PASIREOTIDE DIASPARTATE

Productos Afectados

- SIGNIFOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ENFERMEDAD DE CUSHING (CD): INICIO: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIO/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	CD: RENOVACIÓN: 1) MEJORA CONTINUA DE LA ENFERMEDAD DE CUSHING, Y 2) MANTENIMIENTO DE LA TOLERABILIDAD A SIGNIFOR.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PAZOPANIB

Productos Afectados

- *pazopanib oral tablet 200 mg, 400 mg*

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	12 MESES.
Otros Criterios	SARCOMA DE TEJIDOS BLANDO (STS) AVANZADO: NO SE UTILIZA PARA STS ADIPOCÍTICOS NI TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST).
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PEGFILGRASTIM - APGF

Productos Afectados

- NYVEPRIA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PEGFILGRASTIM - CBQV

Productos Afectados
- UDENYCA ONBODY

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	NEOPLASIA MALIGNA NO MIELOIDE: UDENYCA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO NYVEPRIA. UDENYCA EN EL CUERPO: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO NYVEPRIA, O 2) BARRERA DE ACCESO (POR EJEMPLO: BARRERAS PARA VIAJAR, IMPOSIBILIDAD DE REGRESAR A LA CLÍNICA PARA INYECCIONES).
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

PEGINTERFERON ALFA-2A

Productos Afectados
- PEGASYS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	HEPATITIS B: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO, ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O MÉDICO ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS (POR EJEMPLO: HEPATÓLOGO) O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	HEP B/HEP C: 48 SEMANAS.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PEGVISOMANT

Productos Afectados

- SOMAVERT

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PEMBROLIZUMAB

Productos Afectados
- KEYTRUDA

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	12 MESES.
Otros Criterios	MELANOMA IRRESECABLE O METASTÁSICO: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON TERAPIA DIRIGIDA (ES DECIR, INHIBIDORES DE BRAF, INHIBIDORES DE MEK E INHIBIDORES DE NTRK).
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PEMBROLIZUMAB-BERAHYALURONIDASE ALFA-PMPH

Productos Afectados
- KEYTRUDA QLEX

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PEMIGATINIB

Productos Afectados

- PEMAZYRE

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	12 MESES.
Otros Criterios	COLANGIOCARCINOMA, NEOPLASIAS MIELOIDES/LINFOIDES: SE REALIZARÁ UN EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL, INCLUIDA LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT), ANTES DE INICIAR LA TERAPIA Y EN LOS INTERVALOS PROGRAMADOS RECOMENDADOS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PENICILLAMINE TABLET

Productos Afectados

- *penicillamine oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: CITINURIA: TIENE NEFROLITIASIS Y UNO DE LOS SIGUIENTES: 1) ANÁLISIS DE CÁLCULOS QUE MUESTRA PRESENCIA DE CISTINA, 2) PRESENCIA DE CRISTALES DE CISTINA HEXAGONALES PATOGNOMÓNICOS EN EL ANÁLISIS DE ORINA, O 3) ANTECEDENTES FAMILIARES DE CITINURIA Y PRUEBA DE DETECCIÓN DE CIANURO-NITROPRUSIRO POSITIVA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIALES: ENFERMEDAD DE WILSON: PRESCRITO POR UN HEPATÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. CITINURIA: PRESCRITO POR UN NEFRÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS REUMATOIDE (RA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 12 MESES., RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros Criterios	INICIAL: ENFERMEDAD DE WILSON: 1) PUNTAJE DE LEIPZIG DE 4 O MÁS. RA: 1) SIN ANTECEDENTES NI OTRA EVIDENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN PARA 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD). SI EL PACIENTE PROBÓ CON METHOTREXATE, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA CON UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. RENOVACIÓN: RA: 1) SIN ANTECEDENTES NI OTRA EVIDENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL, Y 2) MEJORA EXPERIMENTADA O MANTENIDA EN EL RECUENTO DE ARTICULACIONES DOLOROSAS O INFLAMADAS EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASE. ENFERMEDAD DE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	WILSON, CITINURIA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

PEXIDARTINIB

Productos Afectados

- TURALIO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PIMAVANSERIN

Productos Afectados

- NUPLAZID

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	PSICOSIS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (PD): INICIAL: 18 AÑOS O MÁS.
Restricciones del Profesional que Receta	PSICOSIS EN PD: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO, GERIATRA O UN ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL (POR EJEMPLO: PSIQUIATRA) O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PSICOSIS EN PD: RENOVACIÓN: MEJORA DE LOS SÍNTOMAS DE PSICOSIS CON RESPECTO AL ESTADO BASE Y DEMUESTRA UNA NECESIDAD CONTINUA DE TRATAMIENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PIRFENIDONE

Productos Afectados

- *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	FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (IPF): INICIAL: UN PATRÓN DE NEUMONÍA INTERSTICIAL HABITUAL (UIP) EVIDENCIADO POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN (HRCT) SOLA O A TRAVÉS DE UNA COMBINACIÓN DE BIOPSIA PULMONAR QUIRÚRGICA Y HRCT.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	IPF: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	IPF: INICIAL: 1) NO TIENE OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (POR EJEMPLO: ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, TOXICIDAD MEDICAMENTOSA, EXPOSICIÓN AL ASBESTO O AL BERILIO, NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD, ESCLEROSIS SISTÉMICA, ARTRITIS REUMATOIDE, RADIACIÓN, SARCOIDOSIS, BRONQUIOLITIS OBLITERANTE, NEUMONÍA ORGANIZADA, INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV), HEPATITIS VIRAL O CÁNCER). RENOVACIÓN: MEJORA CLÍNICA SIGNIFICATIVA O MANTENIMIENTO DE LA TASA ANUAL DE DISMINUCIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PIRTOBRUTINIB

Productos Afectados

- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

POMALIDOMIDE

Productos Afectados

- *pomalidomide*
- POMALYST

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PONATINIB

Productos Afectados

- ICLUSIG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (CML): EL ANÁLISIS MUTACIONAL ANTES DEL INICIO Y LA ICLUSIG ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIÓN DE BCR-ABL1.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

POSACONAZOLE TABLET

Productos Afectados

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

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	CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA. PROFILAXIS: 6 MESES. TRATAMIENTO: 12 SEMANAS.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PRALSETINIB

Productos Afectados

- GAVRETO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

PYRIMETHAMINE

Productos Afectados

- *pyrimethamine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	TOXOPLASMOSIS: INICIAL: PRESCRITO POR UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	TOXOPLASMOSIS: INICIAL: 8 SEMANAS, RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros Criterios	TOXOPLASMOSIS: RENOVACIÓN: UNO DE LOS SIGUIENTES: (1) ENFERMEDAD CLÍNICA PERSISTENTE (DOLOR DE CABEZA, SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS O FIEBRE) Y ENFERMEDAD RADIOGRÁFICA PERSISTENTE (UNA O MÁS LESIONES DE MASA EN LAS IMÁGENES CEREBRALES), O (2) RECUENTO DE CD4 MENOR A 200 CÉLULAS/MM3 Y ACTUALMENTE TOMANDO UNA TERAPIA ANTIRETROVIRAL SI ES HIV POSITIVO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

QUININE

Productos Afectados

- *quinine sulfate*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

QUIZARTINIB

Productos Afectados

- VANFLYTA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

REGORAFENIB

Productos Afectados

- STIVARGA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

RELUGOLIX

Productos Afectados

- ORGOVYX

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

REPOTRECTINIB

Productos Afectados

- AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

RESMETIROM

Productos Afectados
- REZDIFFRA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA (NASH): INICIO: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE BIOPSIA O PRUEBAS NO INVASIVAS, REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, QUE DEMUESTREN: 1) FIBROSIS HEPÁTICA EN ESTADIO 2 O 3, O 2) PUNTUACIÓN DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO (NAFLD) DE 4 O SUPERIOR.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	NASH: INICIO: PRESCRITO POR UN HEPATÓLOGO, GASTROENTERÓLOGO O ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIO/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	NASH: RENOVACIÓN: CONTINÚA PRESENTANDO NASH NO CIRRÓTICA CON FIBROSIS HEPÁTICA DE MODERADA A AVANZADA (COMPATIBLE CON LAS ETAPAS F2 A F3 DE FIBROSIS).
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

RETIFANLIMAB-DLWR

Productos Afectados

- ZYNYZ

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

REVUMENIB

Productos Afectados

- REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG, 25 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

RIBOCICLIB

Productos Afectados

- KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

RIBOCICLIB-LETROZOLE

Productos Afectados

- KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG, 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG, 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

RIFAXIMIN

Productos Afectados

- XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG

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	DIARREA DEL VIAJERO, ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA (HE): 12 MESES. SII-D: 8 SEMANAS.
Otros Criterios	HE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LACTULOSA O TERAPIA CONCURRENTE CON LACTULOSA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

RILONACEPT

Productos Afectados
- ARCALYST

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	SÍNDROMES PERIÓDICOS ASOCIADOS A CRIOPIRINAS (CAPS): 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) PRUEBA GENÉTICA PARA MUTACIONES DE GANANCIA DE FUNCIÓN EN EL GEN NLRP3, O (B) TIENE MARCADORES INFLAMATORIOS (ES DECIR, CRP, ESR, PROTEÍNA AMILOIDE A SÉRICA (SAA) O PROTEÍNAS S100 ELEVADAS), Y 2) DOS DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIÓN SIMILAR A URTICARIANA (DERMATITIS NEUTRÓFICA), EPISODIOS DESENCADENADOS POR EL FRÍO, PÉRDIDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL, SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS, MENINGITIS ASÉPTICA CRÓNICA, ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS. DEFICIENCIA DEL ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE INTERLEUCINA-1 (DIRA): 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) PRUEBA GENÉTICA PARA MUTACIONES DE GANANCIA DE FUNCIÓN EN EL GEN IL1RN, O (B) TIENE MARCADORES INFLAMATORIOS (ES DECIR, CRP, ESR ELEVADA), Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIONES PUSTULOSAS SIMILARES A PSORIASIS, OSTEOMIELITIS, AUSENCIA DE OSTEOMIELITIS BACTERIANA, ONICOMADESIS. PERICARDITIS RECURRENTE (PR): DOS DE LOS SIGUIENTES: DOLOR TORÁCICO CONSISTENTE CON PERICARDITIS, FROTE PERICÁRDICO, ECG QUE MUESTRA ELEVACIÓN DIFUSA DEL SEGMENTO ST O DEPRESIÓN DEL SEGMENTO PR, DERRAME PERICÁRDICO NUEVO O QUE EMPEORA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	CAPS, DIRA: DE POR VIDA. RP: 12 MESES.

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Otros Criterios	CAPS: NO SE DEBE USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA CAPS. DIRA: 1) NO SE DEBE USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA DIRA, Y 2) SE DEBE PROBAR CON EL AGENTE PREFERIDO: KINERET. RP: 1) HA TENIDO UN EPISODIO DE PERICARDITIS AGUDA, 2) HA ESTADO ASÍNTOMÁTICO DURANTE 4 A 6 SEMANAS, Y 3) NO SE DEBE USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA RP.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

RIMEGEPANT

Productos Afectados

- NURTEC ODT

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	INICIO: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	TRATAMIENTO DE MIGRAÑA AGUDA: INICIO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN PARA SU USO DE UN TRIPTANO (POR EJEMPLO, SUMATRIPTAN, RIZATRIPTAN). INICIO/RENOVACIÓN: NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE MIGRAÑA AGUDA. RENOVACIÓN: 1) MEJORÍA CON RESPECTO AL ESTADO BASAL EN UN CUESTIONARIO VALIDADO DE RESULTADOS INFORMADOS POR EL PACIENTE SOBRE EL TRATAMIENTO AGUDO, O 2) LA TERAPIA ES EFICAZ DE FORMA CONSTANTE EN LA MAYORÍA DE LOS ATAQUES DE MIGRAÑA. PREVENCIÓN DE MIGRAÑA EPISÓDICA: INICIO/RENOVACIÓN: NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE MIGRAÑA. RENOVACIÓN: REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA, LA INTENSIDAD O LA DURACIÓN DE MIGRAÑAS O DOLORES DE CABEZA CON TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

RIOCIGUAT

Productos Afectados

- ADEMPAS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR DE 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR DE ENCAJE PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR DE 2 UNIDADES WOOD. HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA PERSISTENTE/RECURRENTE (CTEPH) (GRUPO 4 DE LA OMS): SÍNTOMAS DE CLASE FUNCIONAL II-IV DE LA OMS.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: HAP, HPTEC: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: HAP: NO SE DEBE USAR CONCURRENTEMENTE CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (PDE) O INHIBIDORES NO ESPECÍFICOS DE LA PDE. CTEPH: 1) NO SE DEBE USAR CONCURRENTEMENTE CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, INHIBIDORES DE LA PDE O INHIBIDORES NO ESPECÍFICOS DE LA PDE, Y 2) NO ES CANDIDATO A CIRUGÍA O TIENE CTEPH INOPERABLE O ENFERMEDAD PERSISTENTE O RECURRENTE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. RENOVACIÓN: PAH, CTEPH: NO SE DEBE USAR CONCURRENTEMENTE CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	NÍTRICO, INHIBIDORES DE LA PDE O INHIBIDORES NO ESPECÍFICOS DE LA PDE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

RIPRETINIB

Productos Afectados

- QINLOCK

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

RISANKIZUMAB-RZAA

Productos Afectados

- SKYRIZI INTRAVENOUS
- 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	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS EN PLACAS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA, EL CUERO CABELLUDO O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIALES: PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA AMBOS INMUNOSUPRESIVOS Y PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN PRODUCTO BIOLÓGICO DIFERENTE, PDE-4 INHIBIDOR, O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK,

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: PSO, PSA: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

RITUXIMAB AND HYALURONIDASE HUMAN-SQ

Productos Afectados
- RITUXAN HYCELA

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	12 MESES.
Otros Criterios	LINFOMA FOLICULAR (FL), LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES (DLBCL), LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (CLL): 1) HA RECIBIDO O RECIBIRÁ AL MENOS UNA DOSIS COMPLETA DE UN PRODUCTO DE RITUXIMAB MEDIANTE INFUSIÓN INTRAVENOSA ANTES DE INICIAR EL RITUXIMAB Y LA HIALURONIDASA, Y 2) NO SE DEBE UTILIZAR DE FORMA CONCOMITANTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

RITUXIMAB-ABBS

Productos Afectados
- TRUXIMA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. LINFOMA NO HODGKIN (NHL), LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (CLL): PRESCRITO POR UN ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	RA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. NHL, GPA, MPA, PV: 12 MESES. LLC: 6 MESES.
Otros Criterios	INICIALES: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. RENOVACIÓN: RA: 1) CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ROPEGINTERFERON ALFA-2B-NJFT

Productos Afectados

- BESREMI

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

RUCAPARIB

Productos Afectados
- RUBRACA

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

RUXOLITINIB

Productos Afectados

- JAKAFI
- JAKAFI XR

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	MIELOFIBROSIS: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. POLICITEMIA VERA, GVHD: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICA (CGVHD): NO SE DEBE USAR CONCURRENTEMENTE CON REZUROCK, NIKTIMVO, OR IMBRUVICA. RENOVACIÓN: MIELOFIBROSIS: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO. CGVHD: NO SE DEBE USAR CONCURRENTEMENTE CON REZUROCK, NIKTIMVO NI IMBRUVICA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SAPROPTERIN

Productos Afectados

- *javygtor oral tablet,soluble*
- *sapropterin oral tablet,soluble*

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	INICIAL: 2 MESES, RENOVACIÓN 12 MESES.
Otros Criterios	HIPERFENILALANINEMIA (HPA): INICIAL: NO SE USA CONCURRENTEMENTE CON PALYNZIQ. RENOVACIÓN: 1) CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL TRATAMIENTO Y 2) NO SE USA CONCURRENTEMENTE CON PALYNZIQ.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SECUKINUMAB SQ

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁTICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA. ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA (CRP) POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL, O 2) SACROILIITIS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), NR-AXSPA, ARTRITIS RELACIONADA CON ENTESITIS (ERA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: HS: 12 MESES., TODAS LAS DEMAS INDICACIONES: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN PRODUCTO BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK DIFERENTE PARA LA MISMA INDICACIÓN. AS, NR-AXSPA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID. ERA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	NSAID, SULFASALAZINE O METHOTREXATE. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: CONTINÚA BENEFICIANDOSE DEL MEDICAMENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

SELEXIPAG

Productos Afectados

- UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG
- UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR DE 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCUADRE CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR DE 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PAH: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES: 1) VERSIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS (*FORMULARY*) DE UN ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA ORAL, 2) VERSIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS (*FORMULARY*) DE UN INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 PARA LA PAH, 3) VERSIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS (*FORMULARY*) DE UN ESTIMULADOR ORAL DE CGMP.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

SELINEXOR

Productos Afectados

- XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 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), 80 MG/WEEK (80 MG X 1), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SELPERCATINIB

Productos Afectados

- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG
- RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SELUMETINIB

Productos Afectados

- KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG
- KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG, 7.5 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SEVABERTINIB

Productos Afectados

- HYRNUO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SILDENAFIL TABLET

Productos Afectados

- *sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: MAYORES DE 18 AÑOS: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR DE 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCUADRE CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR DE 2 UNIDADES WOOD. DE 1 A 17 AÑOS DE EDAD: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PAP MEDIA MAYOR DE 20 MMHG, 2) PCWP DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) PVR DE 3 UNIDADES WOOD O MAYORES.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PAH: INICIAL/RENOVACIÓN: 1) NO TOMAR DE FORMA CONCURRENTE O INTERMITENTE AGENTES ORALES PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (POR EJEMPLO: CIALIS, VIAGRA) NI CUALQUIER NITRATO ORGÁNICO EN NINGUNA FORMA Y 2) NO USAR CONCURRENTEMENTE ESTIMULADORES DE GUANILATO CICLASA.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SIPONIMOD

Productos Afectados

- MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG
- MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)
- MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SIROLIMUS PROTEIN-BOUND

Productos Afectados
- FYARRO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SODIUM OXYBATE-XYREM

Productos Afectados

- *sodium oxybate*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIO: CATAPLEJÍA EN NARCOLEPSIA, SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA (EDS) EN NARCOLEPSIA: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO, PSIQUIATRA O ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL SUEÑO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIO: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIO: SOMNOLENCIA EXCESIVA DIURNA EN NARCOLEPSIA: 1) NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON UN AGENTE SEDANTE-HIPNÓTICO, Y 2) EDAD IGUAL O SUPERIOR A 18 AÑOS: PRUEBA, INEFICACIA O CONTRAINDICACIÓN DE MODAFINILO, ARMODAFINILO O SUNOSI EN RELACIÓN CON LA VERSION DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS Y UN ESTIMULANTE GENÉRICO INDICADO PARA LA SOMNOLENCIA EXCESIVA DIURNA EN NARCOLEPSIA. CATAPLEJÍA EN NARCOLEPSIA: NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON UN AGENTE SEDANTE-HIPNÓTICO. RENOVACIÓN: CATAPLEJÍA EN NARCOLEPSIA, SOMNOLENCIA EXCESIVA DIURNA EN NARCOLEPSIA: 1) MEJORÍA SOSTENIDA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL ESTADO BASAL, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON UN AGENTE SEDANTE-HIPNÓTICO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR

Productos Afectados

- EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG
- EPCLUSA ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	NIVEL DE RNA DEL HCV EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	SE APLICARÁN CRITERIOS DE CONFORMIDAD CON LA ORIENTACIÓN VIGENTE DE AASLD/IDSA.
Otros Criterios	1) LOS CRITERIOS SE APLICARÁN DE ACUERDO CON LA GUÍA ACTUAL DE AASLD/IDSA, 2) NO TOMAR CONCURRENTEMENTE NINGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: AMIODARONE, CARBAMAZEPINE, PHENYTOIN, PHENOBARBITAL, OXCARBAZEPINE, RIFAMPIN, RIFABUTIN, RIFAPENTINE, RÉGIMEN PARA EL HIV QUE CONTENGA EFAVIRENZ, ROSUVASTATIN EN DOSIS SUPERIORES A 10 MG, TIPRANAVIR/RITONAVIR, TOPOTECAN, SOVALDI (COMO AGENTE ÚNICO), HARVONI, ZEPATIER, MAVYRET NI VOSEVI, Y 3) LOS PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA REQUIEREN RIBAVIRIN CONCURRENTE A MENOS QUE LA RIBAVIRIN NO SEA ELEGIBLE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR

Productos Afectados

- VOSEVI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	NIVEL DE ARN DEL VHC EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	SE APLICARÁN CRITERIOS DE CONFORMIDAD CON LA ORIENTACIÓN VIGENTE DE AASLD/IDSA.
Otros Criterios	1) SE APLICARÁN CRITERIOS DE CONFORMIDAD CON LA GUÍA VIGENTE DE AASLD/IDSA, 2) NO TOMAR CONCURRENTEMENTE NINGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: AMIODARONE, CARBAMAZEPINE, PHENYTOIN, PHENOBARBITAL, OXCARBAZEPINE, RIFAMPIN, RIFABUTIN, RIFAPENTINE, CYCLOSPORINE, PITAVASTATIN, PRAVASTATIN (DOSIS SUPERIORES A LOS 40 MG), ROSUVASTATIN, METHOTREXATE, MITOXANTRONE, IMATINIB, IRINOTECAN, LAPATINIB, SULFASALAZINE, TOPOTECAN O RÉGIMEN PARA EL HIVV QUE CONTENGA EFAVIRENZ, ATAZANAVIR, LOPINAVIR, TIPRANAVIR/RITONAVIR, SOVALDI (COMO AGENTE ÚNICO), EPCLUSA, HARVONI, ZEPATIER O MAVYRET, Y 3) NO TIENE INFLUENCIA HEPÁTICA MODERADA O GRAVE (CHILD-PUGH B O C).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SOMATROPIN - NORDITROPIN

Productos Afectados

- NORDITROPIN FLEXPRO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	INICIAL/RENOVACIÓN: MEJORA ATLÉTICA, FINES ANTIENVEJECIMIENTO.
Información Médica Requerida	INICIAL: DEFICIENCIA DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO PEDIÁTRICA (GHD), ESTATURA BAJA IDIOPÁTICA (ISS), PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL (SGA), SÍNDROME DE NOONAN: ALTURA AL MENOS 2 DESVIACIONES ESTÁNDAR POR DEBAJO DE LA ALTURA MEDIA DE NIÑOS DE LA MISMA EDAD Y SEXO. SÍNDROME DE TURNER (TS): CONFIRMADO POR ANÁLISIS CROMOSÓMICO (CARIOTIPADO). SÍNDROME DE PRADER-WILLI (PWS): DIAGNÓSTICO GENÉTICO CONFIRMADO DE PWS. GHD EN ADULTOS: 1) TIENE UNA ENFERMEDAD CONGÉNITA, GENÉTICA U ORGÁNICA (POR EJEMPLO: CRANEAFARINGIOMA, HIPOPLASIA HIPOFISARIA, HIPÓFISIS POSTERIOR ECTÓPICA, IRRADIACIÓN CRANEAL PREVIA), O 2) GHD CONFIRMADA POR UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE ESTIMULACIÓN DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO (GH): (A) PRUEBA DE TOLERANCIA A LA INSULINA (GH MÁXIMA DE 5 NG/ML O MENOS), (B) PRUEBA DE ESTIMULACIÓN CON GLUCAGÓN (UNA DE LAS SIGUIENTES: (I) RESPUESTA MÁXIMA DE 3 NG/ML O MENOS Y EL BMI ES MENOR A 25 KG/M2, (II) RESPUESTA MÁXIMA DE 3 NG/ML O MENOS Y EL BMI ESTÁ ENTRE 25 Y 30 KG/M2 CON UNA PROBABILIDAD PREVIA A LA PRUEBA, (III) RESPUESTA MÁXIMA DE 1 NG/ML O MENOS Y EL BMI ESTÁ ENTRE 25 Y 30 KG/M2 CON BAJA PROBABILIDAD DE PRUEBA, O (IV) RESPUESTA MÁXIMA DE 1 NG/ML O MENOS Y EL IMC ES MAYOR QUE 30 KG/M2), O (C) PRUEBA DE MACIMORELIN (PICO DE GH DE 2,8 NG/ML O MENOS).
Restricciones de Edad	SGA: 2 AÑOS DE EDAD O MÁS.
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: GHD PEDIÁTRICO, ISS, SGA, TS, SÍNDROME DE NOONAN: EPÍFISIS ABIERTAS, CONFIRMADA POR RADIOGRAFÍA DE MUÑECA Y MANO. INICIAL/RENOVACIÓN: GHD ADULTO, GHD PEDIÁTRICO, SGA, TS, PWS, SÍNDROME DE NOONAN: NO USAR CONCURRENTEMENTE CON INCRELEX. RENOVACIÓN: ISS: 1) MEJORA DURANTE LA TERAPIA (AUMENTO DE LA ALTURA O VELOCIDAD DE CRECIMIENTO), Y 2) EPÍFISIS ABIERTAS, CONFIRMADA POR RADIOGRAFÍA DE MUÑECA Y MANO. GHD, SGA, TS, SÍNDROME DE NOONAN PEDIÁTRICO: 1) MEJORA DURANTE LA TERAPIA (AUMENTO DE LA ALTURA O VELOCIDAD DE CRECIMIENTO) Y 2) EPÍFISIS ABIERTAS, CONFIRMADA POR RADIOGRAFÍA DE MUÑECA Y MANO, O NO HA COMPLETADO EL CRECIMIENTO PREPUBERAL. PWS: MEJORA DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SOMATROPIN - SEROSTIM

Productos Afectados

- SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	INICIO/RENOVACIÓN: MEJORA DEL RENDIMIENTO ATLÉTICO, PROPÓSITO ANTIENVEJECIMIENTO.
Información Médica Requerida	INICIO: VIH/SÍNDROME DE EMACIACIÓN: UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS PARA LA PÉRDIDA DE PESO: 1) PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA DEL 10% EN 12 MESES O DEL 5% EN 6 MESES, 2) PÉRDIDA DE MASA CELULAR CORPORAL (BCM) DEL 5% EN 6 MESES, 3) BCM INFERIOR AL 35% (HOMBRES) DEL PESO CORPORAL TOTAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (BMI) INFERIOR A 27 KG/M², 4) BCM INFERIOR AL 23% (MUJERES) DEL PESO CORPORAL TOTAL Y BMI INFERIOR A 27 KG/M², O 5) BMI INFERIOR A 20 KG/M².
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	VIH/SÍNDROME DE EMACIACIÓN: INICIAL: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO, UN ESPECIALISTA EN NUTRICIÓN O UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIO/RENOVACIÓN: 9 MESES.
Otros Criterios	VIH/SÍNDROME DE EMACIACIÓN: RENOVACIÓN: 1) BENEFICIO CLÍNICO EN MASA MUSCULAR Y PESO.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SONIDEGIB

Productos Afectados
- ODOMZO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	CARCINOMA BASOCELULOSO LOCALMENTE AVANZADO (BCC): NIVELES BASALES DE CREATINA QUINASA (CK) Y CREATININA SÉRICA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SORAFENIB

Productos Afectados

- *sorafenib*

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SOTATERCEPT-CSRK

Productos Afectados

- WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 90 MG (45 MG X 2)

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR DE 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCUADRE CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR DE 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PAH: INICIAL: 1) ANTECEDENTES DE TERAPIA DE PAH (DURANTE AL MENOS 3 MESES) CON AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DISTINTAS CLASES DE MEDICAMENTOS: A) ANTAGONISTA ORAL DEL RECEPTOR DE ENDOTHELIN, B) INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 PARA PAH, C) ESTIMULADOR ORAL DE CGMP, D) PROSTACICLINA IV/SQ, O 2) EN UN AGENTE DE UNA DE LAS CLASES DE MEDICAMENTOS ANTERIORES, Y TIENE UNA CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A TODAS LAS DEMÁS CLASES DE MEDICAMENTOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

SOTORASIB

Productos Afectados

- LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 240 MG, 320 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

STIRIPENTOL

Productos Afectados

- DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG
- DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	SÍNDROME DE DRAVET: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

SUNITINIB

Productos Afectados

- *sunitinib malate*

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	12 MESES.
Otros Criterios	TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE IMATINIB.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

TADALAFIL - ADCIRCA, ALYQ

Productos Afectados

- *alyq*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR DE 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCUADRE CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR DE 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PAH: INICIAL/RENOVACIÓN: 1) NO TOMAR AGENTES ORALES PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (POR EJEMPLO: CIALIS, VIAGRA) NI CUALQUIER NITRATO ORGÁNICO EN NINGUNA FORMA, DE FORMA CONCURRENTE O INTERMITENTE, Y 2) NO USAR CONCURRENTEMENTE ESTIMULADORES DE GUANYLATE CYCLASE.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TADALAFIL-CIALIS

Productos Afectados

- *tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	DISFUNCIÓN ERÉCTIL SIN DIAGNÓSTICO DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH).
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	BPH: 1) PRUEBA CON UN ALFA BLOQUEADOR (POR EJEMPLO: DOXAZOSIN, TERAZOSIN, TAMSULOSIN, ALFUZOSIN) Y 2) PRUEBA CON UN INHIBIDOR DE LA 5-ALFA REDUCTASA (POR EJEMPLO: INASTERIDE, DUTASTERIDE). VÁLIDO SOLO PARA LAS DOSIS DE 2,5 MG Y 5 MG.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

TALAZOPARIB

Productos Afectados
- TALZENNA

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE MAMA AVANZADO O METASTÁSICO: 1) HA SIDO TRATADO CON QUIMIOTERAPIA EN EL CONTEXTO NEOADYUVANTE, ADYUVANTE O METASTÁSICO, Y 2) SI SE TRATA DE CÁNCER DE MAMA CON RECEPTOR HORMONAL (HR) POSITIVO, HA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON TERAPIA ENDOCRINA O SE CONSIDERA INADECUADO PARA LA TERAPIA ENDOCRINA. CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: 1) SE HA REALIZADO UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

TALETRECTINIB

Productos Afectados

- IBTROZI

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TALQUETAMAB-TGVS

Productos Afectados

- TALVEY

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TARLATAMAB-DLLE

Productos Afectados

- IMDELLTRA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TEBENTAFUSP-TEBN

Productos Afectados

- KIMMTRAK

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TECLISTAMAB-CQYV

Productos Afectados

- TECVAYLI

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TELISOTUZUMAB VEDOTIN-TLLV

Productos Afectados

- EMRELIS

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TELOTRISTAT

Productos Afectados

- XERMELO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	DIARREA POR SÍNDROME CARCINOIDE: PRESCRITO POR UN ONCÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TEPOTINIB

Productos Afectados

- TEPMETKO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TERIPARATIDE

Productos Afectados

- *teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)*

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	24 MESES.
Otros Criterios	OSTEOPOROSIS: NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 24 MESES DE TRATAMIENTO ACUMULATIVO CON CUALQUIER TERAPIA CON HORMONA PARATIROIDEA, A MENOS QUE PERMANEZCA O HAYA REGRESADO A TENER UN ALTO RIESGO DE FRACTURA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TESTOSTERONE

Productos Afectados

- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)*
- *testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES TOTALES DE TESTOSTERONA SÉRICA INFERIORES A 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA SÉRICA LIBRE INFERIOR A 5 NG/DL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: 1) MAYORES DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. RENOVACIÓN: 1) MAYORES DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL PSA PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA, Y 2) MEJORA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASE Y DE LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TESTOSTERONE CYPIONATE - DEPO

Productos Afectados

- *testosterone cypionate*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES TOTALES DE TESTOSTERONA SÉRICA INFERIORES A 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA SÉRICA LIBRE INFERIOR A 5 NG/DL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: 1) MAYORES DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. RENOVACIÓN: 1) MAYORES DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL PSA PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA, Y 2) MEJORA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASE Y DE LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TESTOSTERONE ENANTHATE

Productos Afectados

- *testosterone enanthate*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES TOTALES DE TESTOSTERONA SÉRICA INFERIORES A 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA SÉRICA LIBRE INFERIOR A 5 NG/DL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: PUBERTAD RETRASA MASCULINA: 6 MESES, HIPOGONADISMO MASCULINO: 12 MESES. OTRAS INDICACIONES: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: HIPOGONADISMO MASCULINO: 1) MAYOR DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. RENOVACIÓN: HIPOGONADISMO MASCULINO: 1) MAYOR DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL PSA PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA Y 2) MEJORA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASE Y LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO. PUBERTAD RETRASADA MASCULINA: NO HA RECIBIDO MÁS DE DOS TRATAMIENTOS DE TERAPIA DE REEMPLAZO CON TESTOSTERONA DE 6 MESES DE DURACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TETRABENAZINE

Productos Afectados

- *tetrabenazine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

THALIDOMIDE

Productos Afectados

- THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TISLELIZUMAB-JSGR

Productos Afectados

- TEVIMBRA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TISOTUMAB VEDOTIN-TFTV

Productos Afectados

- TIVDAK

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TIVOZANIB

Productos Afectados

- FOTIVDA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TOCILIZUMAB-AAZG SQ

Productos Afectados

- TYENNE
- TYENNE AUTOINJECTOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA (SJIA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (GCA): 1) HA COMPLETADO, INICIADO O PRONTO INICIARÁ UN CURSO DE DEDUCCIÓN REDUCIDA DE GLUCOCORTICOIDES, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: RINVOQ. PJIA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ IR, ORENCIA, RINVOQ. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN.

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	RENOVACIÓN: RA, PJIA, SJIA: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

TOCILIZUMAB-AAZG-IV

Productos Afectados

- TYENNE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN ADULTOS HOSPITALIZADOS
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA (SJIA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: RA, PJIA, SJIA, GCA: 6 MESES. CRS: 1 MES. RENOVACIÓN: RA, PJIA, SJIA, GCA: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (GCA): 1) HA COMPLETADO, INICIADO O INICIARÁ PRONTO UN CURSO DE REDUCCIÓN DE DENSIDAD DE GLUCOCORTICOIDES, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: RINVOQ. PJIA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ IR, ORENCIA, RINVOQ. RENOVACIÓN: RA, PJIA, SJIA: 1) CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO, Y 2) NO SE USA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	CONCURRENTEMENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN. GCA: NO SE USA CONCURRENTEMENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

TOFACITINIB

Productos Afectados

- *tofacitinib*
- XELJANZ
- XELJANZ XR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL DE CURSO POLIARTICULAR (PCJIA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD SINTÉTICO CONVENCIONAL (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI UN PACIENTE PROBÓ CON METHOTREXATE, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA CON UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. COMO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: RA, PSA, AS, PCJIA: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.

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

TOLVAPTAN

Productos Afectados

- JYNARQUE ORAL TABLET
- *tolvaptan*
- *tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet*
- *tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA AUTOSÓMICA DOMINANTE (ADPKD): INICIO: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT), RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI) O ULTRASONIDO.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ADPKD: INICIO: PRESCRITO POR UN NEFRÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIO: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	ADPKD: INICIO: NO PRESENTA INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL (ES DECIR, NO RECIBE DIÁLISIS). RENOVACIÓN: NO HA PROGRESADO A INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL/DIÁLISIS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TOPICAL TRETINOIN

Productos Afectados

- ALTRENO
- *tretinoin topical cream*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	INDICACIONES COSMÉTICAS COMO ARRUGAS, FOTOENVEJECIMIENTO, MELASMA.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	ACNÉ VULGAR: LA TRETINOIN TÓPICA DE MARCA REQUIERE PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN PRODUCTO DE TRETINOIN TÓPICA GENÉRICO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

TORIPALIMAB-TPZI

Productos Afectados
- LOQTORZI

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	CARCINOMA NASOFARÍNGEO (NPC): TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA: 24 MESES, TRATADO PREVIAMENTE: DE POR VIDA.
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TOVORAFENIB

Productos Afectados

- OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION
- OJEMDA ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TRAMETINIB SOLUTION

Productos Afectados

- MEKINIST ORAL RECON SOLN

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	12 MESES.
Otros Criterios	MELANOMA IRRESECABLE O METASTÁSICO, MELANOMA, CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) METASTÁSICO, CÁNCER DE TIROIDES ANAPLASICO (ATC) LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO, TUMOR SÓLIDO IRRESECABLE O METASTÁSICO, GLIOMA DE BAJO GRADO (LGG): INCAPACIDAD DE TRAGAR LAS TABLETAS DE MEKINIST.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TRAMETINIB TABLET

Productos Afectados

- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TRASTUZUMAB-DKST

Productos Afectados
- OGIVRI

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	12 MESES.
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TRASTUZUMAB-HYALURONIDASE-OYSK

Productos Afectados

- HERCEPTIN HYLECTA

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	12 MESES.
Otros Criterios	CÁNCER DE MAMA ADYUVANTE, CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HERZUMA, OGIVRI, ONTRUZANT, TRAZIMERA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

TRAZODONE

Productos Afectados
- RALDESY

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	12 MESES.
Otros Criterios	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (MDD): CONTRAINDICACIÓN O INCAPACIDAD DE TRAGAR TABLETAS DE TRAZODONE.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TREMELIMUMAB-ACTL

Productos Afectados
- IMJUDO

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	UHCC: 30 DÍAS. CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) METASTÁSICO: 5 MESES.
Otros Criterios	CARCINOMA HEPATOCELULAR IRRESECABLE (UHCC): NO HA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON IMJUDO. NSCLC: NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 5 DOSIS DE IMJUDO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TREPROSTINIL-YUTREPIA

Productos Afectados
- YUTREPIA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH), HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (H-ILD): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) SUPERIOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) SUPERIOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: PAH, PH-ILD: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: PAH: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PERTENECIENTES A CLASES FARMACOLÓGICAS DIFERENTES: 1) ANTAGONISTA ORAL DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA, 2) INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 PARA LA PAH, 3) ESTIMULADOR ORAL DE LA CGMP, 4) PROSTACICLINA IV/SQ.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

TRIENTINE CAPSULE

Productos Afectados

- *trientine oral capsule 250 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ENFERMEDAD DE WILSON: INICIAL: PUNTAJE DE LEIPZIG DE 4 O MÁS.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	ENFERMEDAD DE WILSONS: INICIAL: PRESCRITO POR UN HEPATÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 12 MESES., RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros Criterios	ENFERMEDAD DE WILSON: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LA VERSIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS (*FORMULARY*) DE TABLETAS DE PENICILLAMINE. RENOVACIÓN: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

TRIFLURIDINE/TIPIRACIL

Productos Afectados

- LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TRIPTORELIN-TRELSTAR

Productos Afectados

- TRELSTAR INTRAMUSCULAR
  SUSPENSION FOR RECONSTITUTION

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

TUCATINIB

Productos Afectados

- TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

UBROGEPANT

Productos Afectados
- UBRELVY

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	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA: INICIAL: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN TRIPTAN (POR EJEMPLO: SUMATRIPTAN, RIZATRIPTAN) Y 2) NO USO CONCURRENTE CON OTROS INHIBIDORES DEL CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA. RENOVACIÓN: 1) NO USO CONCURRENTE CON OTROS INHIBIDORES DEL CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) MEJORA CON RESPECTO AL VALOR BASE EN UN CUESTIONARIO VALIDADO DE RESULTADOS INFORMADOS POR EL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO AGUDO, O (B) LA TERAPIA FUNCIONA DE FORMA CONSISTENTE EN LA MAYORÍA DE LOS ATAQUES DE MIGRAÑA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

UPADACITINIB

Productos Afectados

- RINVOQ
- RINVOQ LQ

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LA NORMALIDAD, O 2) SACROILIITIS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), NR-AXSPA, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS AD: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. COLITIS ULCEROSA (UC), ENFERMEDAD DE CROHN (CD): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD SINTÉTICO CONVENCIONAL (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD). SI UN PACIENTE PROBÓ METHOTREXATE, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA CON UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. AD: 1) PRURITO INTRATABLE O AGRIETAMIENTO/SUFRIMIENTO/SANGRE DE LA PIEL AFECTADA, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN CORTICOESTEROIDE TÓPICO, INHIBIDOR TÓPICO DE LA CALCINEURINA, INHIBIDOR TÓPICO DE LA PDE4 O INHIBIDOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	TÓPICO DE JAK. AS, NR-AXSPA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID (ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDE). ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (GCA): COMPLETADO, INICIADO O PRONTO INICIARÁ UN CURSO DE DEDUCCIÓN REDUCIDA DE GLUCOCORTICOIDES. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE ADMITEN EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: RA, PSA, AS, NR-AXSPA, PJIA: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO. AD: MEJORA DURANTE LA TERAPIA.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

USTEKINUMAB-AAUZ SQ

Productos Afectados

- *ustekinumab-aauz*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	CRITERIOS INICIALES: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIO: ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. PSORIASIS (PSO): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIO: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO A PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE OTRO BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: PSA, PSO: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.

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

USTEKINUMAB-AEKN IV

Productos Afectados
- SELARSDI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA AMBOS INMUNOSUPRESIVOS Y PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN PRODUCTO BIOLÓGICO DIFERENTE, PDE-4 INHIBIDOR, O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: PSA, PSO: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.

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

USTEKINUMAB-AEKN SQ

Productos Afectados
- SELARSDI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA AMBOS INMUNOSUPRESIVOS Y PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN PRODUCTO BIOLÓGICO DIFERENTE, PDE-4 INHIBIDOR, O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: PSA, PSO: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.

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

USTEKINUMAB-KFCE IV

Productos Afectados
- YESINTEK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA AMBOS INMUNOSUPRESIVOS Y PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN PRODUCTO BIOLÓGICO DIFERENTE, PDE-4 INHIBIDOR, O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: PSA, PSO: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.

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

USTEKINUMAB-KFCE SQ

Productos Afectados
- YESINTEK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA AMBOS INMUNOSUPRESIVOS Y PUVA, O 3) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN PRODUCTO BIOLÓGICO DIFERENTE, PDE-4 INHIBIDOR, O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO: INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: PSA, PSO: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.

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

VALBENAZINE

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	DISCINESIA TARDÍA (TD): PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO, PSIQUIATRA O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS. COREA ASOCIADA CON LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	TD: HISTORIA DEL USO DE AGENTES QUE CAUSAN DISCINESIA TARDÍA
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

VANDETANIB

Productos Afectados

- CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG

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	12 MESES.
Otros Criterios	ACTUALMENTE ESTABLE EN CAPRELSA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

VANZACAFTOR-TEZACAFTOR-DEUTIVACAFTOR

Productos Afectados

- ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG, 4-20-50 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	CF: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA O EN CONSULTA CON UNO DE ELLOS.
Duración de la Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros Criterios	CF: INICIAL: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO MODULADOR DE CFTR. RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL ESTADO CLÍNICO Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO MODULADOR DE CFTR.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

VEMURAFENIB

Productos Afectados

- ZELBORAF

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	12 MESES.
Otros Criterios	MELANOMA: ZELBORAF SE USARÁ SOLO O EN COMBINACIÓN CON COTELLIC.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

VENETOCLAX

Productos Afectados

- VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG
- VENCLEXTA STARTING PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

VERICIGUAT

Productos Afectados

- VERQUVO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	INICIO/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INSUFICIENCIA CARDÍACA (HF): INICIAL: 1) PRUEBA, CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A UN INHIBIDOR DE SGLT-2 DE PRIMERA ELECCIÓN, Y 2) PRUEBA, CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A UN FÁRMACO DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CLASES DE TRATAMIENTO ESTÁNDAR: (A) INHIBIDOR DE LA ACE, ARB O ARNI, (B) BETABLOQUEANTE (BISOPROLOL, CARVEDILOL, METOPROLOL SUCCINATE) O (C) ANTAGONISTA DE LA ALDOSTERONA (SPIRONOLACTONE, EPLERENONE). INICIO/RENOVACIÓN: NO SE PERMITE EL USO CONCOMITANTE CON RIOCIGUAT NI CON INHIBIDORES DE LA PDE-5.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

VIGABATRIN

Productos Afectados

- *vigabatrin*
- *vigadrone*
- *vigpoder*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	INICIAL: CONVULSIONES PARCIALES COMPLEJAS REFRACTARIAS (CPS), ESPASMOS INFANTILES: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: CPS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS AGENTES ANTIEPILÉPTICOS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

VIMSELTINIB

Productos Afectados

- ROMVIMZA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

VISMODEGIB

Productos Afectados

- ERIVEDGE

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

VONOPRAZAN

Productos Afectados
- VOQUEZNA

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	INICIAL: H PYLORI: 30 DÍAS. EE: 8 SEMANAS. NERD: 4 SEMANAS. RENOVACIÓN: EE: 24 SEMANAS.
Otros Criterios	INICIAL: ESOFAGITIS EROSIVA (EE): PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES A DOSIS MÁXIMA DURANTE 8 SEMANAS CADA UNO. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO EROSIVA (NERD): 1) SIN INEFICACIA PREVIA DEL TRATAMIENTO CON VOQUEZNA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES A DOSIS MÁXIMA DURANTE 8 SEMANAS. RENOVACIÓN: EE: MANTENIMIENTO DE LA RESPUESTA CLÍNICA CON VOQUEZNA.
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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

VORASIDENIB

Productos Afectados

- VORANIGO

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

VORICONAZOLE SUSPENSION

Productos Afectados

- *voriconazole oral suspension for reconstitution*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	INFECCIONES POR CÁNDIDA: 3 MESES. CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO, TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES: 6 MESES.
Otros Criterios	INFECCIONES POR CÁNDIDA: CONTRAINDICACIÓN O INCAPACIDAD PARA TRAGAR LAS TABLETAS DE FLUCONAZOLE. TODAS LAS INDICACIONES, EXCEPTO LA CANDIDIASIS ESOFÁGICA: INCAPACIDAD PARA TRAGAR LAS TABLETAS. LA CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ZANIDATAMAB-HRII

Productos Afectados

- ZIIHERA

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ZANUBRUTINIB

Productos Afectados
- BRUKINSA

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	12 MESES.
Otros Criterios	LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO: INTOLERANCIA A CALQUENCE. LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LINFOMA LINFOCÍTICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS: INTOLERANCIA A CALQUENCE O IMBRUVICA. MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM: NO SE REQUIERE NINGÚN PASO ADICIONAL.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	Sí

ZENOCUTUZUMAB-ZBCO

Productos Afectados

- BIZENGRI

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ZIFTOMENIB

Productos Afectados

- KOMZIFTI

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ZOLBETUXIMAB-CLZB

Productos Afectados

- VYLOY

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ZONGERTINIB

Productos Afectados
- HERNEXEOS

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	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No

ZURANOLONE

Productos Afectados

- ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG

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	14 DÍAS.
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
Se Necesita Terapia como Prerrequisito	No