MCS Classicare
2024 Formulario 1
Criterios de Pre-Autorización

MCS Classicare Metro (HMO); MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS)

MCS Classicare requiere que usted (o su médico) obtengan pre-autorización para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará autorización de MCS Classicare previo a que le despachen sus medicamentos. Si usted no recibe autorización, puede que MCS Classicare no cubra sus medicamentos.

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

Última Actualización: 06/20/2024

ABIRATERONE

Productos Afectados

- *abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRC), o B.) Cáncer de próstata metastásico sensible a la castración (CSPC) de alto riesgo. Para el tratamiento de CRPC y CSPC, se usará abiraterone en combinación con prednisone Y se aplica uno de los siguientes 1.) Usado en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) análoga (por ejemplo, leuprolide, triptorelin) O 2) el paciente recibió orquiectomía bilateral
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ACITRETIN

Productos Afectados

- *acitretin*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Insuficiencia hepática o renal grave, B.) Valores crónicos de lípidos en sangre anormalmente elevados, C.) Uso concomitante de methotrexate o tetracyclines, D.) Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de psoriasis recalcitrante grave (incluyendo plaquetaria, en gota, eritrodérmica palmar, plantar y pustular) Y el paciente debe haber estado con modalidad de prueba y error, con contraindicación o tolerancia a un agente de primera línea de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) (por ejemplo, corticosteroides tópicos (betamethasone, fluocinonide, desoximetasone), calcipotriene tópico/calcitriol, calcipotriene tópico O tazarotene tópico)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un dermatólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ACTIMMUNE

Productos Afectados

- ACTIMMUNE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Enfermedad granulomatosa crónica para uso en la reducción de la frecuencia y la gravedad de infecciones graves, o B.) Osteopetrosis maligna grave (SMO)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ADALIMUMAB-ADBM

Productos Afectados

- *adalimumab-adbm (2 pen)*
- *adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 20 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml*
- *adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt)*
- *adalimumab-adbm(ps/uv starter)*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide, moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular, moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, E.) Psoriasis en placas crónica, moderada a grave, en pacientes que son candidatos a terapia sistémica o fototerapia y cuando otras terapias sistémicas son médicamente menos apropiadas, F.) Enfermedad de Crohn moderada a grave en pacientes que tuvieron una respuesta inadecuada a terapia convencional, G.) Colitis ulcerativa moderada a grave en pacientes que hayan tenido una respuesta inadecuada a inmunosupresores (por ejemplo, corticosteroides, azathioprine), H.) Uveítis no infecciosa (incluyendo intermedia, posterior y panuveíts), o I.) Hidradenitis supurativa moderada a grave
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ADEMPAS

Productos Afectados

- ADEMPAS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Administración concomitante con donantes de nitratos o de óxido nítrico (como nitrato de amilo) en cualquier forma, B.) Administración concomitante con inhibidores de la fosfodiesterasa, incluyendo inhibidores específicos de PDE-5 (como sildenafil, tadalafil o vardenafil) o inhibidores no específicos de PDE (como dipyridamole o theophylline), C.) Embarazo, o D.) Pacientes con hipertensión pulmonar asociada con neumonía intersticial idiopática
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Hipertensión arterial pulmonar (grupo I de la OMS) y el diagnóstico lo confirmó un cateterismo derecho del corazón o un ecocardiograma Doppler, si al paciente no se le puede hacer un cateterismo derecho del corazón (por ejemplo, el paciente es frágil, es adulto mayor, etc.), o B.) Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (CTEPH, grupo 4 de la OMS) y el paciente tiene enfermedad persistente o recurrente después del tratamiento quirúrgico (por ejemplo, endarterectomía pulmonar) o tiene CTEPH inoperable (las pacientes mujeres deben inscribirse en el programa ADEMPAS REMS).
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
Duración de Cobertura	Inicial: 6 meses, Renovación: Plan anual
Otros Criterios	Continuación de la terapia: el paciente tolera y responde al medicamento y tiene capacidad mejorada de ejercicio o un retraso en el empeoramiento clínico.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

AFINITOR

Productos Afectados

- *everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Hipersensibilidad al everolimus, o B.) Hipersensibilidad a los derivados de rapamycin (por ejemplo, sirolimus)
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Angiomiolipoma renal y complejo esclerosis tuberosa (TSC) que no necesita operación inmediata, B) Cáncer de mama avanzado positivo para receptores hormonales y negativo para HER2 en mujeres posmenopáusicas y tomado de manera combinada con exemestane, después no tener éxito con letrozole ni anastrozole, C.) Tumores neuroendocrinos progresivos no funcionales bien diferenciados de origen gastrointestinal o pulmonar y la enfermedad es inoperable, está localmente avanzada o metastásica, D.) Tumores pancreáticos neuroendocrinos progresivos y la enfermedad es inoperable, está localmente avanzada o metastásica, E.) Carcinoma avanzado de células renales (RCC) después de no tener éxito con sunitinib ni sorafenib, F.) Astrocitoma subependimario de células gigantes (SEGA) asociado con complejo esclerosis tuberosa en pacientes que no son candidatos a operación curativa
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

AKEEGA

Productos Afectados

- AKEEGA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC) con mutación BRCA (BRCAm) deletérea, perjudicial o presuntamente perjudicial Y utilizado en combinación con prednisone
Restricciones de edad	mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ALECENSA

Productos Afectados

- ALECENSA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: 1.) Cáncer de pulmón no microcítico metastásico positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK) según lo detectara una prueba aprobada por FDA o 2.) Resección tumoral de cáncer de pulmón no microcítico positivo para cinasa del linfoma anaplásico (tumores de al menos 4 cm o ganglios positivos) detectado mediante una prueba aprobada por FDA
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ALOSETRON

Productos Afectados

- *alosetron hcl*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Estreñimiento, B.) Historia de estreñimiento crónico o severo o grave del estreñimiento, C.) Historia de colitis isquémica, obstrucción intestinal, estenosis, megacolon tóxico, perforación GI, adherencias, diverticulitis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, D.) Historia de insuficiencia hepática grave, E.) Historia de alteración de la circulación intestinal, tromboflebitis o estado de hipercoagulabilidad, o F.) Coadministración con fluvoxamine
Información Médica Requerida	Diagnóstico de síndrome del intestino irritable, predominantemente diarrea severa
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ALPHA-1 PROTEINASE INHIBITOR

Productos Afectados

- PROLASTIN-C

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Deficiencia de inmunoglobulina A (IgA) con anticuerpos contra IgA
Información Médica Requerida	Diagnóstico de deficiencia del inhibidor de la alfa 1-proteinasa (alfa 1-antitripsina) en pacientes adultos con enfisema
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ALUNBRIG

Productos Afectados

- ALUNBRIG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) metastásico positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ALVAIZ

Productos Afectados

- ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Púrpura trombocitopénica idiopática (ITP) crónica, B.) Trombocitopenia asociada con infección por hepatitis C crónica, o C.) Anemia aplásica grave con respuesta insuficiente a la terapia inmunosupresora
Restricciones de edad	ITP: 6 años: Para la trombocitopenia crónica asociada a la infección por hepatitis C y la anemia aplásica grave con respuesta insuficiente a la terapia inmunosupresora 18 años
Restricciones de proveedor	Hematólogo, especialista en enfermedades infecciosas, hepatólogo, gastroenterólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

AMBRISENTAN

Productos Afectados

- *ambrisentan*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Embarazo o B.) Fibrosis pulmonar idiopática (IPF), incluyendo los que tienen hipertensión pulmonar
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar clasificada como grupo I de la OMS, confirmada por un cateterismo derecho del corazón o un ecocardiograma Doppler, si al paciente no se le puede hacer un cateterismo derecho del corazón (por ejemplo, el paciente es frágil, es adulto mayor, etc.)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
Duración de Cobertura	Inicial: 6 meses, Renovación: Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

AMJEVITA

Productos Afectados

- AMJEVITA
- AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide, moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular, moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, E.) Psoriasis en placas crónica, moderada a grave, en pacientes que son candidatos a terapia sistémica o fototerapia y cuando otras terapias sistémicas son médicamente menos apropiadas, F.) Enfermedad de Crohn moderada a grave en pacientes que tuvieron una respuesta inadecuada a terapia convencional, G.) Colitis ulcerativa moderada a grave en pacientes que hayan tenido una respuesta inadecuada a inmunosupresores (por ejemplo, corticosteroides, azathioprine), H.) Uveítis no infecciosa (incluyendo intermedia, posterior y panuveíts), o I.) Hidradenitis supurativa moderada a grave
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

APTIOM

Productos Afectados

- APTIOM

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ARCALYST

Productos Afectados

- ARCALYST

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS), incluyendo el síndrome autoinflamatorio familiar por frío (FCAS) y el síndrome de Muckle-Wells (MWS), B.) Deficiencia del antagonista del receptor de interleucina-1 (DIRA) y el paciente necesita terapia de mantenimiento para la remisión o C.) Pericarditis recurrente (RP) y reducción del riesgo de recurrencia
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ARIKAYCE

Productos Afectados

- ARIKAYCE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Sensibilidad conocida a cualquier aminoglucósido
Información Médica Requerida	Diagnóstico de infección por el complejo Mycobacterium avium (MAC) y se usa como parte de un régimen combinado antibacteriano en pacientes resistentes al tratamiento (más de 6 meses de régimen de antecedentes con varios medicamentos)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas o neumólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ATYPICALS

Productos Afectados

- ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML
- ABILIFY MAINTENA
- CAPLYTA
- FANAPT
- FANAPT TITRATION PACK
- LYBALVI
- PERSERIS
- REXULTI
- RISPERDAL CONSTA
- SECUADO
- VERSACLOZ
- VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG
- *ziprasidone mesylate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se cubrirán antipsicóticos atípicos selectos cuando se cumpla uno de los siguientes: A.) El paciente está usando el medicamento que se pide para una indicación admitida por el compendio o aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y el paciente no puede tomar al menos un antipsicótico atípico oral genérico debido a una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación, B.) El paciente está usando el medicamento que se pide para una indicación admitida por el compendio o aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y el paciente tiene una condición clínica para la que no hay alternativa genérica o las alternativas genéricas no se recomiendan según las directrices publicadas o la literatura clínica, o C.) El paciente está usando el medicamento que se pide para una indicación admitida por el compendio o aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y el paciente necesita médicamente el uso de una forma de dosificación específica que no está disponible en las alternativas genéricas (ejemplos: suspensión, solución, inyección).
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses

Criterios	Detalles del Criterio
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

AUGTYRO

Productos Afectados

- AUGTYRO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico localmente avanzado o metastásico ROS1 positivo
Restricciones de edad	mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

AUSTEDO

Productos Afectados

- AUSTEDO
- AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG
- AUSTEDO XR PATIENT TITRATION

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Ideación suicida, o depresión no tratada o con tratamiento inadecuado, en un paciente con enfermedad de Huntington, B.) Insuficiencia hepática, C.) Uso concomitante de MAOI, reserpine, tetrabenazine o valbenazine
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Corea asociada con la enfermedad de Huntington (corea de Huntington), o B.) Discinesia tardía
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo o psiquiatra
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

AYVAKIT

Productos Afectados

- AYVAKIT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Tumor del estroma gastrointestinal inoperable o metastásico, con una mutación en el exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento resultante de las plaquetas (PDGFRA), incluyendo las mutaciones de PDGFRA D842V, B.) Mastocitosis sistémica avanzada (AdvSM), incluyendo mastocitosis sistémica agresiva (ASM), mastocitosis sistémica con una neoplasia hematológica asociada (SMAHN) o leucemia de mastocitos (MCL), y recuento de plaquetas de al menos 50,000/mcL, o C.) Mastocitosis sistémica indolente
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo, alergólogo o inmunólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BALVERSA

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico y ambos de los siguientes 1.) Alteraciones genéticas del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR)3 o FGFR2 susceptibles confirmadas por una prueba de diagnóstico aprobada por la FDA, y 2.) El paciente progresó durante o siguiendo al menos una línea de quimioterapia previa con contenido de platino, incluyendo en el plazo de 12 meses de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante con contenido de platino
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BANZEL

Productos Afectados

- *rufinamide oral tablet*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Síndrome de QT corto familiar
Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BENLYSTA

Productos Afectados

- BENLYSTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Lupus eritematoso sistémico (SLE) activo y con autoanticuerpos positivos o B) Nefritis lúpica activa y el paciente está recibiendo la terapia estándar
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un nefrólogo o reumatólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BESREMI

Productos Afectados

- BESREMI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Existencia o antecedentes de trastornos psiquiátricos graves (depresión grave, ideación suicida o intento de suicidio), B.) Hipersensibilidad a los interferones, incluyendo interferón alfa-2b o excipientes, C.) Deterioro hepático (Child-Pugh B o C), D.) Historia o presencia de enfermedades autoinmunes activas graves o no tratadas, o E.) Receptores de trasplantes inmunosuprimidos
Información Médica Requerida	Diagnóstico de policitemia vera
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BEXAROTENE GEL

Productos Afectados

- *bexarotene*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de linfoma cutáneo primario de células T (CTCL, etapa 1A/1B) y el paciente tuvo una respuesta inadecuada a, es intolerante a, o tiene contraindicación a, por lo menos una terapia sistémica anterior (por ejemplo, corticosteroides) indicada para manifestaciones cutáneas de CTCL.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o dermatólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BEXAROTENE ORAL

Productos Afectados

- *bexarotene*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de linfoma cutáneo de células T (CTCL) y el paciente no es candidato o tuvo una respuesta inadecuada a, es intolerante a, o tiene contraindicación a, por lo menos una terapia sistémica anterior (por ejemplo, corticosteroides) para manifestaciones cutáneas de CTCL
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo, hematólogo o dermatólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BOSENTAN

Productos Afectados

- *bosentan*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Terapia concomitante con cyclosporine A o glyburide, o B.) Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (grupo I de la OMS) y el paciente tiene la clase II-IV funcional según la Asociación de Cardiología de Nueva York (New York Heart Association, NYHA), confirmada por un cateterismo derecho del corazón o un ecocardiograma Doppler, si al paciente no se le puede hacer un cateterismo derecho del corazón (por ejemplo, el paciente es frágil, es adulto mayor, etc.)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
Duración de Cobertura	Inicial: 6 meses, Renovación: Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BOSULIF

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia mielógena crónica (CML) positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+) en fase crónica, acelerada o blástica con resistencia o respuesta inadecuada a terapia previa, o B.) CML positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+) en fase crónica recién diagnosticada
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BRAFTOVI

Productos Afectados

- BRAFTOVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) melanoma no resecable o metastásico con mutación BRAF V600E o V600K documentada detectada mediante una prueba aprobada por la FDA y usada en combinación con binimetinib, B.) cáncer colorrectal metastásico con mutación BRAF V600E documentada detectada mediante una prueba aprobada por la FDA, el paciente ha recibido terapia previa y braftovi se usó en combinación con cetuximab o C.) cáncer de pulmón de células no pequeñas en estado metastásico con una mutación BRAF V600E detectada mediante una prueba aprobada por la FDA y usada en combinación con binimetinib
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BRIVIACT

Productos Afectados

- BRIVIACT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial, el miembro debe tener una historia de respuesta inadecuada, contraindicación o intolerancia al levetiracetam antes de la aprobación.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BRONCHITOL

Productos Afectados

- BRONCHITOL

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis quística del pulmón
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo o el proveedor de atención primaria que receta es de un centro de CF acreditado por la Fundación para la Fibrosis Quística (Cystic Fibrosis Foundation)
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

BRUKINSA

Productos Afectados

- BRUKINSA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) linfoma de células del manto (MCL) y paciente que recibió al menos una terapia previa, B.) Tratamiento de pacientes adultos con macroglobulinemia de Waldenström, C.) Tratamiento de pacientes adultos con linfoma de zona marginal en recaída o refractario que hayan recibido al menos un régimen basado en anti-CD20, D) Leucemia linfocítica crónica, E.) Linfoma linfocítico de células pequeñas, o F.) Linfoma folicular en recaída o refractario, en combinación con obinutuzumab, después de 2 o más líneas de terapia sistémica
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

CABOMETYX

Productos Afectados

- CABOMETYX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma avanzado de células renales, o B.) Carcinoma hepatocelular (HCC) avanzado y se trató al paciente con sorafenib previamente, o C.) Carcinoma de células renales avanzado y utilizado como tratamiento de primera línea en combinación con nivolumab o D.) tratamiento de adultos y pacientes pediátricos de 12 años y mayores con cáncer de tiroides diferenciado metastásico o localmente avanzado que progresó después de la terapia dirigida con VEGFR y que son tratados con yodo radiactivo refractario o no elegible
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

CALQUENCE

Productos Afectados

- CALQUENCE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Linfoma de células del manto (MCL) y el paciente recibió por lo menos 1 año de terapia previa, B.) Leucemia linfocítica crónica (CLL), o C.) Leucemia linfocítica de células pequeñas (SLL)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

CAMZYOS

Productos Afectados

- CAMZYOS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCH) clase II-III sintomática de la New York Heart Association (NYHA) en pacientes adultos
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

CAPRELSA

Productos Afectados

- CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Síndrome congénito de QT corto
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de tiroides medular (MTC) avanzado metastásico o inoperable Y la enfermedad es sintomática o progresiva
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

CARGLUMIC ACID

Productos Afectados

- *carglumic acid*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS) (confirmada mediante las pruebas genéticas apropiadas) con hiperamonemia aguda o crónica o B.) Acidemia propiónica o acidemia metilmalónica con hiperamonemia aguda
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

CAYSTON

Productos Afectados

- CAYSTON

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis quística (confirmado por una prueba de diagnóstico o genética apropiada) y se sospecha o confirma que el paciente tiene infección pulmonar por Pseudomona aeruginosa confirmada por cultivo positivo
Restricciones de edad	Mayores de 7 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

CLOBAZAM

Productos Afectados

- *clobazam oral suspension*
- *clobazam oral tablet*
- SYMPAZAN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

CNS STIMULANTS

Productos Afectados

- *armodafinil*
- *modafinil*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Apnea obstructiva del sueño (OSA) confirmada por una evaluación del sueño en laboratorio, B.) Narcolepsia confirmada por una evaluación del sueño en laboratorio, o C.) Trastorno por trabajo en turnos (SWD)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

COMETRIQ

Productos Afectados

- COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)
- COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)
- COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer medular de tiroides metastásico progresivo
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

COPIKTRA

Productos Afectados

- COPIKTRA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia linfocítica crónica recurrente o refractaria (CLL), o B.) Leucemia linfocítica de células pequeñas recurrente o refractaria (SLL). En el caso de la LLC o el SLL, el paciente debe tener una historia de al menos 2 terapias previas
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

CORLANOR

Productos Afectados

- CORLANOR ORAL SOLUTION
- CORLANOR ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Insuficiencia cardíaca aguda descompensada, B.) hipotensión (es decir, presión menor a 90/50 mmHg), C.) síndrome del nódulo sinusal enfermo o bloqueo sinoauricular o bloqueo AV de 3.° grado (a menos que esté presente un marcapasos a demanda en funcionamiento), D.) bradicardia (por ejemplo, frecuencia cardíaca en reposo menor a 60 latidos por minuto antes del tratamiento), E.) Insuficiencia hepática grave (C según Child-Pugh), F.) Dependiente de marcapasos (la frecuencia cardíaca se mantiene exclusivamente por el marcapasos), G.) Uso concomitante de inhibidores fuertes del CYP3A4
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Pacientes adultos con insuficiencia cardíaca crónica sintomática estable con fracción de eyección ventricular izquierda del 35 % o menos, los que estén en ritmo sinusal con la frecuencia cardíaca en reposo de 70 latidos por minuto o más, y tienen dosis máximamente toleradas de beta-bloqueadores o tienen una contraindicación al uso de beta-bloqueadores, o B.) Pacientes pediátricos con insuficiencia cardíaca sintomática estable debido a miocardiopatía dilatada y los que estén en ritmo sinusal con frecuencia cardíaca elevada
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

COSENTYX

Productos Afectados

- COSENTYX
- COSENTYX (300 MG DOSE)
- COSENTYX SENSOREADY (300 MG)
- COSENTYX UNOREADY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Espondilitis anquilosante, E.) Psoriasis plaquetaria de moderada a grave en pacientes adultos, C.) psoriasis plaquetaria de moderada a grave en pacientes de 6 años a menos de 18 años, D.) artritis psoriásica activa en pacientes adultos, E.) artritis psoriásica activa en pacientes de 2 años a menos de 18 años, F.) espondiloartritis axial no radiográfica G.) artritis activa relacionada con entesitis, o H.) hidradenitis supurativa moderada a grave en adultos. Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

COTELLIC

Productos Afectados

- COTELLIC

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.)melanoma maligno inoperable o metastásico con mutación BRAF V600E O V600K y documentación de terapia combinada con vemurafenib (Zelboraf), o B.) Neoplasias histiocíticas
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

CYSTAGON

Productos Afectados

- CYSTAGON

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Hipersensibilidad grave conocida al penicillamine o cysteamine
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cistinosis nefropática confirmado por la presencia de un aumento de la concentración de cisteína en los leucocitos o por pruebas genéticas
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DALFAMPRIDINE

Productos Afectados

- *dalfampridine er*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Historia de convulsiones. B.) Insuficiencia renal moderada o grave (la eliminación de la creatinina es menor o igual a 50 mL/minuto)
Información Médica Requerida	Diagnóstico de esclerosis múltiple y el paciente debe demostrar discapacidad sostenida para caminar, pero con la capacidad de caminar 25 pies (con o sin ayuda) antes de comenzar con dalfampiridine
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DAURISMO

Productos Afectados

- DAURISMO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML) recién diagnosticada y se usa en combinación con cytarabine en pacientes mayores de 75 años O en pacientes que tienen comorbilidades que les impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DAYBUE

Productos Afectados

- DAYBUE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico del síndrome de Rett
Restricciones de edad	Mayores de 2 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	6 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DEFERASIROX

Productos Afectados

- *deferasirox*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Eliminación de creatinina menor a 40 mL/min, B.) Estado deficiente de rendimiento, C.) Recuento de plaquetas menor a 50 x 10(9)/L, D.) Malignidad avanzada, E.) Síndrome mielodisplásico (MDS) de alto riesgo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Sobrecarga crónica de hierro en pacientes con síndromes de talasemia no dependientes de transfusiones que tienen concentraciones de hierro en el hígado de por lo menos 5 mg Fe/g de peso en seco Y un nivel de ferritina sérica mayor a 300 mcg/L, o B.) Sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre (hemosiderosis por transfusión) según se evidencia por la transfusión de por lo menos 100 mL/kg de glóbulos rojos empacados Y un nivel de ferritina sérica mayor a 1000 mcg/L
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DEFERIPRONE

Productos Afectados

- *deferiprone*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Diagnóstico de sobrecarga de hierro por transfusión debido a síndromes de talasemia, anemia falciforme u otras anemias, 2.) El paciente no tuvo éxito con la terapia de quelación anterior, y 3.) El paciente tiene un recuento absoluto de neutrófilos mayor a 1.5 x 10(9)/L
Restricciones de edad	Mayores de 8 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DIACOMIT

Productos Afectados

- DIACOMIT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de epilepsia mioclónica grave de la infancia (síndrome de Dravet) en pacientes que toman clobazam
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DICLOFENAC PATCH

Productos Afectados

- *diclofenac epolamine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de dolor agudo leve a moderado debido a distensiones musculares, esguinces y contusiones menores
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	3 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DIMETHYL FUMARATE

Productos Afectados

- *dimethyl fumarate*
- *dimethyl fumarate starter pack*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Formas recurrentes de esclerosis múltiple (por ejemplo, síndrome clínicamente aislado, MS recurrente-remitente, enfermedad progresiva activa secundaria o MS progresiva-recurrente), o B.) El paciente tuvo un primer episodio clínico y tiene características de MRI congruentes con esclerosis múltiple.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DOJOLVI

Productos Afectados

- DOJOLVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno de la oxidación de los ácidos grasos de cadena larga (LC-FAOD)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DRONABINOL

Productos Afectados

- *dronabinol*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Hipersensibilidad al aceite de sésamo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Anorexia asociada con SIDA, o B.) Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	6 meses
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DROXIDOPA

Productos Afectados

- *droxidopa*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hipotensión ortostática neurogénica (nOH) sintomática causada por insuficiencia autónoma primaria (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica, insuficiencia autónoma pura), deficiencia de dopamina beta-hidroxilasa o neuropatía autónoma no diabética
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Inicial: 1 mes, Renovación: 3 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

DUPIXENT

Productos Afectados

- DUPIXENT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Dermatitis atópica de moderada a grave y si el paciente es mayor de 2 años tiene prueba/error, contraindicación o intolerancia a dos de los siguientes 1.) Corticosteroides tópicos, o 2.) Inhibidores tópicos de la calcineurina, B.) Asma moderada a grave de fenotipo eosinofílico o dependiente de los corticosteroides orales, y se usa como un tratamiento más, o C.) Rinosinusitis crónica con poliposis nasal y se usa como un tratamiento más, o D.) Esofagitis eosinofílica, o E.) Prurigo nodular
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un alergólogo, un dermatólogo, un gastroenterólogo, un inmunólogo, un otorrinolaringólogo, un neumólogo o reumatólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

EMGALITY

Productos Afectados

- EMGALITY
- EMGALITY (300 MG DOSE)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Trastorno crónico o episódico de migraña y el paciente estuvo en prueba documentada, respuesta inadecuada o contraindicación a por lo menos 2 medicamentos genéricos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) usados para la prevención de la migraña (por ejemplo, propranolol, topiramate, divalproex, timolol), o B.) Dolor de cabeza episódico en racimos
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

EMSAM

Productos Afectados

- EMSAM

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Uso concomitante con cualquiera de los siguientes: SSRI, SNRI, clomipramine, imipramine, meperidine, tramadol, methadone, pentazocine, propoxyphene, dextromethorphan, carbamazepine, o B.) Feocromocitoma
Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno depresivo mayor y el paciente estuvo en modo de prueba de por lo menos 2 antidepresivos orales genéricos de diferentes clases (al menos uno debe ser de la siguiente lista: inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina, inhibidores de recaptación de la serotonina y norepinefrina, mirtazapine, o bupropion, a menos que estén contraindicados), a menos que no pueda tomar ningún medicamento oral Y que el paciente haya tenido un período de reposo farmacológico adecuado (para pacientes que estuvieron previamente con agentes que necesitaran un período de reposo farmacológico)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ENBREL

Productos Afectados

- ENBREL
- ENBREL MINI
- ENBREL SURECLICK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide, moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular, moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, o E.) Psoriasis plaquetaria crónica moderada a grave en pacientes que son candidatos a terapia sistémica o fototerapia
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ENDARI

Productos Afectados

- ENDARI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad de anemia falciforme Y uno de los siguientes 1.) El paciente tiene complicaciones agudas y está bajo tratamiento con Hydroxyurea, o 2.) El paciente tiene complicaciones agudas y no puede tolerar la Hydroxyurea
Restricciones de edad	Mayores de 5 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ENSPRYNG

Productos Afectados

- ENSPRYNG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Infección activa por hepatitis activa, o B.) Tuberculosis latente activa o sin tratar
Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD) en pacientes que son positivos para anticuerpos contra acuaporina-4 (AQP4)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo, inmunólogo u oftalmólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

EPIDIOLEX

Productos Afectados

- EPIDIOLEX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Síndrome de Lennox-Gastaut, B.) Epilepsia mioclónica grave de la infancia (síndrome de Dravet), o C.) Convulsiones asociadas con el complejo esclerosis tuberosa (TSC)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

EPOETIN THERAPY

Productos Afectados

- RETACRIT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Niveles de hemoglobina antes del tratamiento inferiores a 10 g/dL. Reducción de la dosis o interrupción si la hemoglobina excede 10 g/dL (CKD no en diálisis-adulto, cáncer), 11 g/dL (CKD en diálisis), 12 g/dL (CKD pediátrica) además de la declaración de respaldo del diagnóstico del médico. Pacientes con hemoglobina perioperatoria de más de 10 g/dL a 13 g/dL programados para hacerse una operación electiva, no cardíaca y no vascular
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	3 meses
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ERIVEDGE

Productos Afectados

- ERIVEDGE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma metastásico de células basales, o B.) Carcinoma de células basales localmente avanzado que volvió a aparecer después de una operación o el paciente no es candidato a operación ni radiación
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ERLEADA

Productos Afectados

- ERLEADA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer no metastásico de próstata resistente a la castración (nmCRPC), o B.) Cáncer metastásico de próstata sensible a la castración (mCSPC). Para el tratamiento de nmCRPC y mCSPC, se aplica uno de los siguientes 1.) Usado en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) análoga O 2) el paciente recibió orquiectomía bilateral
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ERLOTINIB

Productos Afectados

- *erlotinib hcl*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer metastásico de páncreas localmente avanzado, no operable y se usará erlotinib en combinación con gemcitabine, B.) Cáncer de pulmón no microcítico localmente avanzado o metastásico con deleciones en exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones de sustitución en exón 21 (L858R) según lo detecte una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o un centro aprobado por las Enmiendas para mejora de laboratorios clínicos Y uno de lo siguiente: 1.) Se usará erlotinib como tratamiento de primera línea, 2.) Sin éxito en por lo menos un régimen anterior de quimioterapia, O 3.) Ninguna evidencia de avance de la enfermedad después de cuatro ciclos de quimioterapia de primera línea a base de platino y se usará erlotinib como tratamiento de mantenimiento
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

EVEROLIMUS SUSPENSION

Productos Afectados

- *everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Hipersensibilidad al everolimus, o B.) Hipersensibilidad a los derivados de rapamycin (por ejemplo, sirolimus)
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Convulsiones de inicio parcial asociado al complejo esclerosis tuberosa (TSC), o B.) Astrocitoma subependimario de células gigantes (SEGA) asociado con complejo esclerosis tuberosa en pacientes que no son candidatos a operación curativa
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

EVRYSDI

Productos Afectados

- EVRYSDI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de atrofia muscular espinal (SMA)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

EXKIVITY

Productos Afectados

- EXKIVITY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico con mutaciones de inserción en el exón 20 del EGFR (confirmado por prueba aprobada por la FDA) Y cuya enfermedad haya progresado con o después de quimioterapia basada en platino
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

FASENRA

Productos Afectados

- FASENRA
- FASENRA PEN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de asma grave con un fenotipo eosinofílico
Restricciones de edad	Mayores de 6 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

FEBUXOSTAT

Productos Afectados

- *febuxostat*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Uso concomitante de azathioprine o mercaptopurine
Información Médica Requerida	Diagnóstico de gota y todo lo siguiente: 1.) respuesta inadecuada al tratamiento documentada, evento adverso o contraindicación a la dosis máximamente titulada de allopurinol, y 2.) pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, el proveedor que receta certifica que el beneficio del tratamiento sobrepasa el riesgo del tratamiento
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

FENTANYL ORAL

Productos Afectados

- *fentanyl citrate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Manejo de dolor agudo o posoperatorio (incluyendo dolor de cabeza/migraña, dolor dental y uso en la sala de emergencias), B.) Uso en pacientes no tolerantes a los opioides, C.) Obstrucción gastrointestinal conocida o sospechosa, incluyendo íleo paralítico, D.) Asma bronquial aguda o grave y se usa en un entorno sin supervisión (ausencia de equipo de resucitación)
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Diagnóstico de dolor intercurrente relacionado con cáncer, 2.) El paciente actualmente está recibiendo/es tolerante a terapia con opioides distribuidos en todo el día por dolor oncológico persistente, y 3.) El paciente y el proveedor que receta están afiliados en el TIRF REMS Access Program
Restricciones de edad	Mayores de 16 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

FILSPARI

Productos Afectados

- FILSPARI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Embarazo o B.) Uso concomitante con los bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARA), antagonistas de los receptores de endotelina (ARE) o aliskiren
Información Médica Requerida	Diagnóstico de tratamiento de la nefropatía primaria por inmunoglobulina A (IgA) con riesgo de progresión rápida de la enfermedad, generalmente una relación proteínas en orina/creatinina (UPCR) de 1.5 g/g o más, para reducir la proteinuria
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

FINTEPLA

Productos Afectados

- FINTEPLA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Uso concomitante de un MAOI, o B.) Uso en el plazo de 14 días de la suspensión de un MAOI
Información Médica Requerida	Diagnóstico de epilepsia mioclónica grave de la infancia (síndrome de Dravet)o convulsiones asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

FIRMAGON

Productos Afectados

- FIRMAGON
- FIRMAGON (240 MG DOSE)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de próstata avanzado
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

FOTIVDA

Productos Afectados

- FOTIVDA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de las células renales (RCC) avanzado recurrente o refractario después de 2 o más terapias sistémicas anteriores
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

FRUZAQLA

Productos Afectados

- FRUZAQLA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer colorrectal metastásico (mCRC) y todo lo siguiente: A.) el paciente se ha tratado previamente con fluoropyrimidine, oxaliplatin, quimioterapia basada en irinotecan, B.) y una terapia anti-VEGF, y C.) si RAS de tipo normal (wild-type) y médicamente apropiado, el paciente también se ha tratado previamente con terapia anti-EGFR
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	3 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

FULPHILA

Productos Afectados

- FULPHILA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de malignidad no mieloide y el medicamento se está usando como profilaxis para neutropenia inducida por quimioterapia
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

FYCOMPA

Productos Afectados

- FYCOMPA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Convulsiones de inicio parcial con o sin generalización secundaria, o B.) Trastorno primario de convulsiones tónico-clónicas generalizadas como terapia adicional
Restricciones de edad	Mayores de 4 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

GAVRETO

Productos Afectados

- GAVRETO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) metastásico con fusión positiva en RET según lo detectado por prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), B.) Cáncer medular de tiroides avanzado o metastásico con mutación en RET y el paciente necesita una terapia sistémica, o C.) Cáncer de tiroides avanzado o metastásico con fusión positiva en RET, y el paciente necesita terapia sistémica y es resistente al yodo radioactivo, cuando el yodo radioactivo sea adecuado
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

GEFITINIB

Productos Afectados

- *gefitinib*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) metastásico y se deben cumplir todos los siguientes: 1.) El tumor tiene deleciones en exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones de sustitución en exón 21 (L858R) según lo detecte una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o un centro aprobado por las Enmiendas para mejora de laboratorios clínicos, y 2.) Se usa como tratamiento de primera línea
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

GILOTRIF

Productos Afectados

- GILOTRIF

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) metastásico en pacientes cuyos tumores tienen mutaciones del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) no resistente según lo detectara una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), o B.) NSCLC escamoso metastásico con avance después de quimioterapia a base de platino
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

GLATIRAMER

Productos Afectados

- *glatiramer acetate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Formas recurrentes de esclerosis múltiple (por ejemplo, síndrome clínicamente aislado, MS recurrente-remitente, enfermedad progresiva activa secundaria o MS progresiva-recurrente), o B.) El paciente tuvo un primer episodio clínico y tiene características de MRI congruentes con esclerosis múltiple.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

GLEOSTINE

Productos Afectados

- GLEOSTINE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Debe cumplir uno de los siguientes requisitos: A.) Enfermedad de Hodgkin en un paciente que recayó durante o no respondió a la terapia primaria y se usa en combinación con otros agentes O B.) Tumor intracraneal
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

GLP1

Productos Afectados

- OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)
- OZEMPIC (1 MG/DOSE)
- OZEMPIC (2 MG/DOSE)
- RYBELSUS
- TRULICITY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Debe cumplir todos los siguientes: 1.) se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) para un diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 el paciente tiene un ensayo y falla, contraindicación o intolerancia a la metformin o cualquier producto combinado de metformin
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

GROWTH HORMONE

Productos Afectados

- OMNITROPE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Uso para promoción del crecimiento en pacientes pediátricos con epífisis cerrada, B.) Enfermedad crítica agua causada por complicaciones después de una operación abdominal o de corazón abierto, trauma múltiple accidental o insuficiencia respiratoria aguda, C.) Malignidad activa, D.) Retinopatía diabética proliferativa activa o no proliferativa grave, E.) Síndrome de Prader-Willi en pacientes que están gravemente obesos, tienen una historia de obstrucción de las vías respiratorias superiores o de apnea del sueño, o tienen insuficiencia respiratoria grave
Información Médica Requerida	Declaración de respaldo del médico para el diagnóstico
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo o nefrólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HEPATITIS B

Productos Afectados

- *adefovir dipivoxil*
- BARACLUDE
- *entecavir*
- VEMLIDY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hepatitis crónica B y todo lo siguiente: 1.) El paciente tiene o tuvo evidencia de replicación viral antes de la iniciación, 2.) El paciente tiene evidencia de elevaciones persistentes de la aminotransferasa sérica (ALT o AST) o de enfermedad histológicamente activa, y 3.) El paciente está recibiendo terapia antirretroviral, si tiene coinfección por VIH.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HEPATITIS C

Productos Afectados

- MAVYRET
- *sofosbuvir-velpatasvir*
- VOSEVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Debe enviar documentación del genotipo de la hepatitis C crónica (confirmado por el nivel de ARN del HCV en el plazo de los últimos 6 meses). Debe enviar los resultados de laboratorio en un plazo de 12 semanas antes de iniciar la terapia, incluyendo: 1) CBC con plaquetas, 2) AST/ALT, 3) bilirrubina total, 4) albúmina sérica, 5) PT/INR. Debe incluir subtipo, prueba/error, contraindicación o intolerancia a Sofosbuvir/Velpatasvir o Mavyret antes de la aprobación de Vosevi. El genotipo y el subtipo no son necesarios para: (1) tratamiento inicial para pacientes sin cirrosis si usan Sofosbuvir-Velpatasvir o Mavyret O (2) tratamiento para pacientes con cirrosis compensada si usan Mavyret
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas
Duración de Cobertura	Duración de la aprobación según las directrices de AASLD
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - ANALGESICS

Productos Afectados

- *butalbital-acetaminophen*
- *butalbital-apap-caffeine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - ANTI-ARRHYTHMICS

Productos Afectados

- *digoxin oral solution*
- *digoxin oral tablet 250 mcg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) El paciente probó y no tuvo éxito en al menos una alternativa no de HRM, 3.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Alternativas no de HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): propranolol, sotalol, dofetilide, amiodarone, propafenone, mexiletine
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - ANTICHOLINERGIC

Productos Afectados

- *chlordiazepoxide-clidinium*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - ANTIDEMENTIA

Productos Afectados

- *ergoloid mesylates*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) El paciente probó y no tuvo éxito en al menos una alternativa no de HRM, 3.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Alternativas no de HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): donepezil, galantamine, memantine, rivastigmine oral
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - ANTIDEPRESSANTS

Productos Afectados

- *chlordiazepoxide-amitriptyline*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) El paciente probó y no tuvo éxito en al menos una alternativa no de HRM, 3.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Alternativas no de HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): mirtazapine, trazodone, fluoxetine, escitalopram, fluvoxamine, desvenlafaxine, duloxetine, sertraline, venlafaxine, bupropion
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - ANTIHISTAMINES

Productos Afectados

- *hydroxyzine hcl*
- *hydroxyzine pamoate*
- *promethazine hcl*
- PROMETHEGAN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) El paciente probó y no tuvo éxito en al menos una alternativa no de HRM, 3.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Alternativas no de HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) PARA EL MANEJO DE CONDICIONES ALÉRGICAS: desloratadine, cetirizine syp, levocetirizine. PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD/SEDACIÓN: buspirone, trazodone. PARA EL MANEJO DE LAS NÁUSEAS/VÓMITOS: granisetron, ondansetron
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - ANTIPARKINSON AGENTS

Productos Afectados

- *benztropine mesylate*
- *trihexyphenidyl hcl*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) El paciente probó y no tuvo éxito en al menos una alternativa no de HRM, 3.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Alternativas no de HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): amantadine, carbidopa/levodopa, entacapone, Neupro, pramipexole, ropinirole, selegiline
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - BENZODIAZEPINES

Productos Afectados

- *alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg*
- *chlordiazepoxide hcl*
- *estazolam*
- *temazepam*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - CARDIOVASCULAR

Productos Afectados

- *guanfacine hcl er*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) El paciente probó y no tuvo éxito en al menos una alternativa no de HRM, 3.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Alternativas no de HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): atomoxetine, dexmethylphenidate, methylphenidate
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - MEGESTROL

Productos Afectados

- *megestrol acetate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) El paciente probó y no tuvo éxito en al menos una alternativa no de HRM, 3.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Alternativas no de HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): dronabinol
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - SEDATIVE HYPNOTICS

Productos Afectados

- *zaleplon*
- *zolpidem tartrate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Debe cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la FDA, 2.) el paciente ha probado y fracasado al menos una alternativa no relacionada con los HRM, 3.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Alternativas no de HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): Belsomra, píldoras de doxepin de 3 mg y 6 mg, trazodone
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HRM - SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

Productos Afectados

- *cyclobenzaprine hcl*
- *orphenadrine citrate er*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), 2.) El paciente probó y no tuvo éxito en al menos una alternativa no de HRM, 3.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo.
Restricciones de edad	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Alternativas no de HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): baclofen
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HUMIRA

Productos Afectados

- HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML
- HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML
- HUMIRA-CD/UC/HS STARTER
- HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER
- HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START
- HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER
- HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER
- HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide, moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular, moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, E.) plaquetaria crónica, moderada a grave, en pacientes que son candidatos a terapia sistémica o fototerapia y cuando otras terapias sistémicas son médicamente menos apropiadas, F.) Enfermedad de Crohn moderada a grave en pacientes que tuvieron una respuestas inadecuada a terapia convencional, G.) Colitis ulcerativa moderada a grave en pacientes que hayan tenido una respuesta inadecuada a inmunosupresores (por ejemplo, corticosteroides, azathioprine), H.) Uveítis no infecciosa (incluyendo intermedia, posterior y panuveíts), o I.) Hidradenitis supurativa moderada a grave
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.

Criterios	Detalles del Criterio
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

HYFTOR

Productos Afectados

- HYFTOR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de angiofibroma facial asociado a esclerosis tuberosa
Restricciones de edad	Mayores de 6 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

IBRANCE

Productos Afectados

- IBRANCE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Cáncer de mama avanzado o metastásico, receptor hormonal (HR) positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo, se usó en combinación con fulvestrant y la enfermedad avanzó después de la terapia endocrina, o B.) Cáncer de mama avanzado o metastásico, con receptores hormonales (HR) positivos, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo y se ha usado en combinación con un inhibidor de la aromatasa en pacientes hombres o mujeres como terapia endocrina inicial
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ICATIBANT

Productos Afectados

- *icatibant acetate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de angioedema hereditario Y el medicamento se usará para el tratamiento de ataques agudos
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un alergista, un hematólogo o un inmunólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ICLUSIG

Productos Afectados

- ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia mieloide crónica (CML) en fase crónica, fase acelerada o fase blástica en pacientes adultos T315I-positivos o para los que no está indicado ningún otro tratamiento inhibidor de la tirosina cinasa, B) Leucemia mieloide crónica (CML) en fase crónica en pacientes adultos con resistencia o intolerancia a al menos dos inhibidores de la quinasa anteriores, o C) Leucemia linfoblástica aguda positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+ ALL) en pacientes adultos positivos para T315I o para los que no esté indicado ningún otro tratamiento inhibidor de la tirosina cinasa
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

IDHIFA

Productos Afectados

- IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML) recurrente o refractaria con una mutación de la isocitrato-deshidrogenasa 2 (IDH2) según lo detectara una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

IMATINIB

Productos Afectados

- *imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia mielógena crónica positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+ CML), B.) Leucemia linfoblástica aguda Ph+ (ALL), C.) Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) en el que el paciente tiene GIST maligno no operable o metastásico positivo para c-KIT (CD117) documentado o se operó al paciente del GIST positivo para c-KIT y se usó imatinib como una terapia adyuvante, D.) Dermatofibrosarcoma protuberante que es inoperable, recurrente o metastásico, E.) Síndrome hipereosinofílico o leucemia eosinofílica crónica, F.) Síndrome mielodisplásico o enfermedad mieloproliferativa asociada con readecuaciones del gen del receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas, o G.) Mastocitosis sistémica agresiva sin la mutación D816V de c-KIT o con estado mutacional de c-KIT desconocido
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

IMBRUVICA

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), B.) Leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL) con deleción en 17p, C.) Macroglobulinemia de waldenstrom (WM), o D.) Enfermedad crónica de injerto contra huésped (cGVHD) después de fracasar en al menos una terapia con corticosteroides de primera línea
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

INCRELEX

Productos Afectados

- INCRELEX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Malignidad activa o sospechosa, B.) Uso para promoción del crecimiento en pacientes con epífisis cerradas, o C.) Administración intravenosa
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Deficiencia grave primaria del factor de crecimiento semejante a la insulina 1 (IGF-1) y se utilizó para tratamiento pediátrico de insuficiencia de crecimiento o B.) Deleción del gen de la hormona de crecimiento (GH) y el paciente desarrolló anticuerpos neutralizantes a la GH, y se usó para el tratamiento pediátrico de la insuficiencia de crecimiento
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

INJECTABLE TESTOSTERONE

Productos Afectados

- *testosterone cypionate*
- *testosterone enanthate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Carcinoma de mama (solo hombres), B.) Carcinoma de la próstata, conocido o sospechado, C.) Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Hipogonadismo hipogonadotrópico, B) Cáncer de mama metastásico inoperable en mujeres que están posmenopáusicas (enantato de testosterona), C.) Hipogonadismo primario, o D.) Pubertad tardía (enantato de testosterona). El diagnóstico de hipogonadismo debe confirmarse por un nivel de testosterona sérica (total o libre) bajo para la edad definido por el valor de referencia normal del laboratorio
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

INLYTA

Productos Afectados

- INLYTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma avanzado de células renales y el paciente no tuvo éxito en una o más terapias sistémicas para el carcinoma de células renales (por ejemplo, regímenes que contengan sunitinib, bevacizumab, temsirolimus o citocinas), o B.) Carcinoma avanzado de células renales y se usó como terapia de primera línea en combinación con avelumab o pembrolizumab
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

INQOVI

Productos Afectados

- INQOVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de síndromes mielodisplásicos (MDS), incluyendo tratados previamente y sin tratar, de novo y MDS secundario con los siguientes subtipos franco-americano-británicos (anemia refractaria, anemia refractaria con sideroblastos en anillo, anemia refractaria con exceso de blastos y leucemia mielomonocítica crónica [CMML]) y grupos intermedios 1, intermedios 2 y de alto riesgo del Sistema Internacional de Puntuación de Pronósticos
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

INREBIC

Productos Afectados

- INREBIC

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de mielofibrosis (MF) primaria o secundaria intermedia 2 o de alto riesgo (post-policitemia vera o post trombocitemia esencial).
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

INTRAROSA

Productos Afectados

- INTRAROSA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Sangrado vaginal o sangrado uterino disfuncional de origen no determinado, o B.) Neoplasia dependiente de estrógenos conocida o sospechosa
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) dispareunia moderada a grave debido a la menopausia, o B.) vaginitis atrófica debido a la menopausia
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Inicial: 3 meses, Renovación: 12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

INVEGA HAFYERA

Productos Afectados

- INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: A.) Diagnóstico de schizophrenia y B.) Se estableció un tratamiento adecuado con Invega Sustenna durante al menos 4 meses o Invega Trinza durante al menos un ciclo de inyección de tres meses.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un psichiatra
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Para continuar con la terapia, el miembro debe ser reevaluado por el psiquiatra para evaluar la respuesta clínica. El tratamiento debe interrumpirse si se documenta una falla en la terapia o un evento adverso o si el miembro no demuestra adherencia al tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

INVEGA SUSTENNA

Productos Afectados

- INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Debe cumplir uno de estos requisitos: A.) Diagnóstico de esquizofrenia y todos los siguientes 1.) ensayo y fracaso, contraindicación o intolerancia a dos antipsicóticos orales de segunda generación, 2.) Prueba y error de respuesta al decanoato de haloperidol y decanoato de flufenazina, 3.) El miembro estableció la respuesta y tolerabilidad a la paliperidona oral, y 4.) El paciente presenta historia de no tomar los medicamentos orales y se proporciona documentación sobre los esfuerzos para mejorar que se los tome, o B.) Diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y ambos de los siguientes 1.) El miembro tiene respuesta y tolerabilidad establecidas al paliperidone oral y 2.) El paciente presenta historia de tomar los medicamentos orales y se proporciona documentación sobre los esfuerzos para mejorar que se los tome
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un psichiatra
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Para continuar con la terapia, el miembro debe ser reevaluado por el psiquiatra para evaluar la respuesta clínica. El tratamiento debe interrumpirse si se documenta una falla en la terapia o un evento adverso o si el miembro no demuestra adherencia al tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

INVEGA TRINZA

Productos Afectados

- INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: A.) Diagnóstico de schizophrenia y B.) Se estableció un tratamiento adecuado con Invega Sustenna durante al menos 4 meses
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un psichiatra
Duración de Cobertura	12months
Otros Criterios	Para continuar con la terapia, el miembro debe ser reevaluado por el psiquiatra para evaluar la respuesta clínica. El tratamiento debe interrumpirse si se documenta una falla en la terapia o un evento adverso o si el miembro no demuestra adherencia al tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ITRACONAZOLE

Productos Afectados

- *itraconazole*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Disfunción ventricular (por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) o historia de CHF), B.) Terapia concurrente con un sustrato de CYP3A4 (por ejemplo, methadone, lovastatin, simvastatin, etc.), C.) Uso concurrente de inhibidores de CYP2D6 (por ejemplo, bupropion, fluoxetine, paroxetine, quinidine, terbinafine), D.) Insuficiencia renal o hepática y uso concomitante de colchicine, fesoterodine, solifenacin o telithromycin, E.) Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Infección fúngica sistémica (por ejemplo, aspergilosis, histoplasmosis, blastomicosis), o B.) Onicomicosis confirmada por uno de los siguientes: preparación de hidróxido de potasio (KOH) positivo, cultivo de hongos o biopsia de uñas
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	6 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

IVERMECTIN

Productos Afectados

- *ivermectin*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Prevención o tratamiento de COVID-19
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Estrongiloidiasis del tracto intestinal o B.) Oncocercosis
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	1 mes
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

IWILFIN

Productos Afectados

- IWILFIN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de neuroblastoma de alto riesgo para reducir el riesgo de recaída en pacientes adultos y pediátricos que han demostrado al menos una respuesta parcial a una terapia previa con múltiples agentes y modalidades, incluyendo inmunoterapia anti-GD2
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

JAKAFI

Productos Afectados

- JAKAFI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Mielofibrosis intermedia o de alto riesgo, incluyendo mielofibrosis primaria, mielofibrosis posterior a policitemia vera y mielofibrosis posterior a trombocitemia esencial, B.) Policitemia vera Y el paciente tuvo una respuesta inadecuada o es intolerante a la hidroxiurea, O C.) Enfermedad aguda de injerto contra huésped Y la enfermedad es resistente a terapia con esteroides, o D.) Enfermedad crónica de injerto contra huésped (cGVHD) después del fracaso de la terapia con corticosteroides (solos o en combinación con un inhibidor de la calcineurina) y hasta una línea de terapia sistémica más
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	6 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

JAYPIRCA

Productos Afectados

- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) linfoma de células del manto (MCL) en recaída o refractario y se está usando después de al menos dos líneas de terapia sistémica, incluyendo un inhibidor de BTK o B.) leucemia linfocítica crónica o linfoma linfocítico pequeño que han recibido al menos 2 líneas de terapia previas, incluyendo un inhibidor de la tirosina cinasa de Bruton y un inhibidor del linfoma de células B 2.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

JOENJA

Productos Afectados

- JOENJA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico del síndrome de la fosfatidilinositol-3-cinasa activada (PI3K) delta
Restricciones de edad	Mayores de 12 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un genetista o inmunólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

KALYDECO

Productos Afectados

- KALYDECO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis quística (CF) y el paciente tiene 1 mutación en el gen regulador de conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que responde a la potenciación de ivacaftor basado en datos de ensayo clínico o in vitro
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo o el proveedor de atención primaria que receta es de un centro de CF acreditado por la Fundación para la Fibrosis Quística (Cystic Fibrosis Foundation)
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

KERENDIA

Productos Afectados

- KERENDIA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedades de los riñones crónicas asociadas con diabetes mellitus tipo 2 Y el paciente actualmente recibe el siguiente atención habitual A.) Una dosis máxima tolerada de un inhibidor de la ACE, un ARB o un medicamento combinado que contenga un ACE o un ARB Y B.) Agente antidiabético (por ejemplo, metformin o un agente que contenga metformin, inhibidor de SGLT2, GLP-1 RA)
Restricciones de edad	ninguno
Restricciones de proveedor	ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

KINERET

Productos Afectados

- KINERET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Enfermedad de Crohn activa de moderada a grave y el paciente estuvo en método de prueba y error o tiene contraindicación o intolerancia a dos productos preferidos (por ejemplo, Humira, Enbrel, Orencia, Rinvoq), B.) Síndromes periódicos asociados a la Cryopyrin (por ejemplo, enfermedad inflamatoria multisistémica de inicio neonatal), o C.) Deficiencia del antagonista del receptor de interleucina-1
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

KISQALI

Productos Afectados

- KISQALI (200 MG DOSE)
- KISQALI (400 MG DOSE)
- KISQALI (600 MG DOSE)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico receptor de hormonas positivo (HR), receptor del factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2) humano negativo y uno de los siguientes: A.) El paciente es una mujer o un hombre pre o perimenopáusico y el medicamento que se pide se usará en combinación con un inhibidor de la aromatasa como tratamiento endocrino inicial, B.) El paciente es una mujer o un hombre pre o perimenopáusico y el medicamento que se pide se usará en combinación con un inhibidor de la aromatasa como tratamiento endocrino inicial,y el paciente tuvo un avance en la enfermedad, un evento adverso intolerable o contraindicación a Ibrance (palbociclib) o Verzenio (abemaciclib), C.) El paciente es una mujer o un hombre pre o perimenopáusico y el medicamento que se pide se usará con fulvestrant como tratamiento endocrino inicial, B.) La paciente es postmenopáusica, el medicamento que se pidió se va a usar después del progreso de la enfermedad con terapia endocrina y la enfermedad de la paciente progresó, un evento adverso intolerable o contraindicación a Ibrance (palbociclib) o Verzenio (abemaciclib)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.

Criterios	Detalles del Criterio
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

KISQALI FEMARA

Productos Afectados

- KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)
- KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)
- KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico receptor de hormonas positivo (HR), receptor del factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2) humano negativo y uno de los siguientes: A.) El paciente es una mujer o un hombre pre o perimenopáusico y el medicamento que se pide se usará como tratamiento endocrino inicial, B.) El paciente es postmenopáusico, el medicamento que se pidió se usará como tratamiento endocrino inicial y el paciente tuvo un avance de la enfermedad, un evento adverso intolerable o contraindicación a Ibrance (palbociclib) o Verzenio (abemaciclib)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

KORLYM

Productos Afectados

- KORLYM

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) embarazo, B.) coadministración con simvastatin, lovastatin, o sustratos de CYP3A con rango terapéutico reducido, C.) tratamiento concomitante con corticosteroides sistémicos para condiciones médicas o enfermedades graves. D.) historia de sangrado vaginal sin explicación, E.) hiperplasia endometrial con atipia o carcinoma endometrial
Información Médica Requerida	Diagnóstico de síndrome endógeno de Cushing en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 o intolerancia a la glucosa, y deben cumplirse todos los siguientes: 1.) Se usa para controlar la hiperglucemia secundaria a hipercortisolismo, Y 2.) El paciente no tuvo éxito con o no es candidato para operación
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

KOSELUGO

Productos Afectados

- KOSELUGO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de neurfibromatosis tipo 1 (NF1) en un paciente que tiene neurofibromas plexiformes (PN) sintomáticos inoperables
Restricciones de edad	De 2 a 17 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

KRAZATI

Productos Afectados

- KRAZATI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) localmente avanzado o metastásico con mutación del gen KRAS G12C, según lo determinado por una prueba aprobada por la FDA, y, el paciente recibió por lo menos una terapia sistémica anterior
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LAPATINIB

Productos Afectados

- *lapatinib ditosylate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico con tumores que sobreexpresan el receptor del factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2) Y cumple uno de los siguientes: A.) Se usa en combinación con capecitabine en un paciente que haya recibido terapia previa incluyendo una antraciclina, un taxano y trastuzumab, O B.) Se usa en combinación con letrozole en una mujer posmenopáusica para quien la terapia hormonal está indicada
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LENALIDOMIDE

Productos Afectados

- *lenalidomide*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Mieloma múltiple y el medicamento se usará en combinación con, dexamethasone, B.) Trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas (HSCT) en pacientes con mieloma múltiple, C.) Anemia dependiente de transfusiones debido a síndrome mielodisplásico (MDS) de bajo riesgo o riesgo intermedio 1 asociado con una anormalidad citogenética de deleción 5q o sin más anormalidades citogenéticas, D.) Linfoma de células del manto cuya enfermedad reapareció o avanzó después de dos terapias previas, una de las que incluía bortezomib, E.) Linfoma folicular y se usa en combinación con rituximab, o F.) Linfoma de zona marginal y se usa en combinación con rituximab
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LENVIMA

Productos Afectados

- LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)
- LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)
- LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)
- LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)
- LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)
- LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)
- LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)
- LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de tiroides diferenciado localmente recurrente o metastásico, progresivo resistente al yodo radioactivo, B.) Carcinoma de células renales avanzadas, en combinación con everolimus, después de una terapia antiangiogénica anterior, C.) Carcinoma hepatocelular no operable, terapia de primera línea, o D.) Carcinoma endometrial avanzado que no tiene elevada inestabilidad de microsatélites ni reparación deficiente de errores del emparejamiento, en combinación con pembrolizumab, cuando la enfermedad avanzó después de una terapia sistémica anterior Y la paciente no es candidata a operación ni radiación curativa, o E.) Carcinoma avanzado de células renales y se usó como terapia de primera línea en combinación conpembrolizumab
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LEUKINE

Productos Afectados

- LEUKINE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) El paciente tuvo trasplante alogénico o autólogo de médula ósea (BMT) y el injerto está retrasado o fracasó, B.) El paciente pasa por un trasplante autólogo de células progenitoras de la sangre periférica para movilizar las células progenitoras para recolección mediante leucoféresis, C.) El medicamento se usará para reconstitución mieloide después de un BMT autólogo o alogénico, D.) El paciente tiene leucemia mieloide aguda y la administración se hará después de completar la quimioterapia de inducción, E.) Subsíndrome hematopoyético del síndrome de irradiación aguda (H-ARS) o F.) Trasplante de células madre de la sangre periférica, después de quimioterapia mieloablativa.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LEUPROLIDE

Productos Afectados

- ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG
- *leuprolide acetate*
- *leuprolide acetate (3 month)*
- LUPRON DEPOT (1-MONTH)
- LUPRON DEPOT (3-MONTH)
- LUPRON DEPOT (4-MONTH)
- LUPRON DEPOT (6-MONTH)
- LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)
- LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)
- LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Debe cumplir uno de los siguientes requisitos: 1.) Solo Eligard: Cáncer de próstata avanzado o metastásico, o 2.) Solo para los productos Lupron Depot y leuprolide: A.) Cáncer de próstata avanzado o metastásico y el paciente no respondió o es intolerante a Eligard o Trelstar (7.5 mg por 1 mes, 22.5 mg por 3 meses, 30 mg por 4 meses y 45 mg por 6 meses únicamente en depósitos), B.) Endometriosis (solo depósitos de 3.75 mg de 1 mes y 11.25 mg por 3 meses), C.) Anemia debida a leiomiomas uterinos (fibromas) (solo depósitos de 3.75 mg de 1 mes y 11.25 mg por 3 meses) y el paciente está en el preoperatorio, o D.) Pubertad precoz central (idiopática o neurogénica) en niños
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LIDOCAINE EXT

Productos Afectados

- *lidocaine external ointment*
- *lidocaine hcl*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Hipersensibilidad a las amidas
Información Médica Requerida	El medicamento que se pide se usará para anestesia de la piel o mucosas
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LINEZOLID

Productos Afectados

- *linezolid intravenous*
- *linezolid oral tablet*
- *linezolid oral suspension reconstituted*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Uso concomitante de un MAOI, o B.) Uso en el plazo de 14 días de la suspensión de un MAOI
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Neumonía adquirida en la comunidad, B.) Neumonía adquirida en un hospital, C.) Infección por Enterococcus faecium resistente al vancomycin, D.) Infecciones complicadas de la piel y de la estructura de la piel, o E.) Infecciones no complicadas de la piel y de la estructura de la piel
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	1 mes
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LONSURF

Productos Afectados

- LONSURF

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer colorrectal metastásico, previamente tratado con regímenes a base de fluoropyrimidine, oxaliplatin e irinotecan, una terapia anti-VEGF y, si es RAS tipo silvestre, una terapia anti-EGFR, o B.) Adenocarcinoma metastásico gástrico o de la unión gastroesofágica previamente tratado con al menos 2 líneas anteriores de quimioterapia que incluyeron una fluoropirimidina, un platino, ya sea un taxano o irinotecan y, si correspondía, terapia dirigida a HER2/neu.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LORBRENA

Productos Afectados

- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Uso concomitante con inductores fuertes del CYP3A4
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) metastásico positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK) según lo detectara una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LUMAKRAS

Productos Afectados

- LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) localmente avanzado o metastásico con mutación del gen KRAS G12C, según lo determinado por una prueba aprobada por la FDA, y, el paciente recibió por lo menos una terapia sistémica anterior (por ejemplo, inhibidor de puntos de control inmunitarios, quimioterapia basada en platino).
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Este criterio se aplica solo a nuevos comienzos
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LYNPARZA

Productos Afectados

- LYNPARZA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Cáncer de mama temprano o metastásico de alto riesgo con mutación de línea germinal BRCA deletérea o sospechosa de ser deletérea y HER2 negativo Y paciente ha recibido tratamiento anteriormente con quimioterapia neoadyuvante, adyuvante o metastásica B.) Cáncer epitelial de ovario recurrente, cáncer de trompas de Falopio recurrente o cáncer peritoneal primario recurrente Y usado para tratamiento de mantenimiento en pacientes con respuesta completa o parcial a quimioterapia basada en platino (e.g. cisplatino, carboplatino) C.) Cáncer epitelial de ovario, de trompa de Falopio o primario de peritoneo, de línea germinal o somático con mutación BRCA (gBRCAm o sBRCAm), deletéreo o presuntamente deletéreo, en pacientes con respuesta completa o parcial a quimioterapia de primera línea basada en platino D.) Adenocarcinoma de páncreas metastásico con mutación de línea germinal BRCA deletérea o presuntamente deletérea y enfermedad no ha progresado con al menos 16 semanas de un tratamiento de quimioterapia de primera línea basado en platino E.) Cáncer ovárico epitelial avanzado, de trompas de Falopio o peritoneal primario en pacientes que tengan una respuesta completa o parcial a quimioterapia de primera línea basada en platino y cuyo cáncer está asociado a un estado positivo de deficiencia de recombinación homóloga definido ya sea por una mutación BRCA deletérea o sospechosa de ser deletérea o inestabilidad genómica, Y que se esté usando en combinación con bevacizumab para tratamiento de mantenimiento F.) Cáncer de próstata metastásico resistente a castración con mutación somática del gen reparador por recombinación homóloga o de línea germinal deletérea o sospechosa de ser deletérea en pacientes que han progresado después de tratamiento con enzalutamide o abiraterone o G.) Cáncer de próstata metastásico resistente a castración con mutación BRCA deletéreo o presuntamente deletéreo combinado con abiraterone y prednisone o prednisolone
Restricciones de edad	Mayores de 18 años

Criterios	Detalles del Criterio
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

LYTGOBI

Productos Afectados

- LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)
- LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)
- LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de colangiocarcinoma intrahepático no resecable, localmente avanzado o metastásico que alberga fusiones del gen del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2) u otros reordenamientos y tratado previamente
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

MATULANE

Productos Afectados

- MATULANE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Reserva inadecuada de médula ósea
Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad de Hodgkin, etapas III y IV, y se usa en combinación con otros medicamentos oncológicos
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

MAYZENT

Productos Afectados

- MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG
- MAYZENT STARTER PACK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Genotipo CYP2C9*3/*3, B.) En los últimos 6 meses, tuvo infarto de miocardio, angina inestable, derrame cerebral, TIA, insuficiencia cardíaca descompensada que necesitó hospitalización, insuficiencia cardíaca de clase III-IV, o C.) Presencia de loqueo AV de Mobitz tipo II de segundo grado o de tercer grado, o síndrome del nódulo sinusal enfermo, a menos que el paciente tenga un marcapasos en funcionamiento
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Formas recurrentes de esclerosis múltiple (por ejemplo, síndrome clínicamente aislado, MS recurrente-remitente, enfermedad progresiva activa secundaria o MS progresiva-recurrente), o B.) El paciente tuvo un primer episodio clínico y tiene características de MRI congruentes con esclerosis múltiple.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

MEKINIST

Productos Afectados

- MEKINIST

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de tiroides anaplásico (ATC) localmente avanzado o metastásico con mutación BRAF V600E y usado en combinación con dabrafenib y sin opciones de tratamiento locorregional, B.) Melanoma maligno con implicación de los ganglios linfáticos y después de una resección completa con mutaciones BRAF V600E o V600K y usado en combinación con dabrafenib, C.) Melanoma maligno no resecable o metastásico con mutaciones BRAF V600E o V600K y usado en combinación con dabrafenib o como monoterapia, D.) Cáncer de pulmón metastásico no microcítico, con mutación del BRAF V600E, en combinación con dabrafenib, E.) Tumores sólidos irresecables o metastásicos con mutación BRAF V600E, en combinación con dabrafenib, que progresaron después del tratamiento previo y no tienen opciones de tratamiento alternativas satisfactorias. F.) Glioma de bajo grado con mutación BRAF V600E y necesita terapia sistémica, en combinación con dabrafenib
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

MEKTOVI

Productos Afectados

- MEKTOVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Melanoma maligno no resecable o metastásico con mutación BRAF V600E o V600K documentada detectada mediante una prueba aprobada por la FDA Y usada en combinación con encorafenib o B.) cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico con una mutación BRAF V600E detectada mediante una prueba aprobada por la FDA Y usada en combinación con encorafenib
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

MIFEPRISTONE

Productos Afectados

- *mifepristone*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) embarazo, B.) coadministración con simvastatin, lovastatin, o sustratos de CYP3A con rangos terapéuticos reducidos, C.) tratamiento concomitante con corticosteroides sistémicos para condiciones médicas o enfermedades graves. D.) historia de sangrado vaginal sin explicación, E.) hiperplasia endometrial con atipia o carcinoma endometrial
Información Médica Requerida	Diagnóstico de síndrome endógeno de Cushing en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 o intolerancia a la glucosa, y deben cumplirse todos los siguientes: 1.) Se usa para manejar la hiperglucemia secundaria a hipercortisolismo, y 2.) El paciente no tuvo éxito con o no es candidato para operación
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

MIGLUSTAT

Productos Afectados

- *miglustat*
- YARGESA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad de Gaucher tipo 1 leve a moderada y el paciente no es candidato a terapia de reemplazo enzimático
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

NAMZARIC

Productos Afectados

- NAMZARIC

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Hipersensibilidad a memantine, donepezil o excipientes, o B.) Hipersensibilidad a derivados de piperidine
Información Médica Requerida	Diagnóstico de demencia moderada a grave asociada con la enfermedad de Alzheimer
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

NAYZILAM

Productos Afectados

- NAYZILAM

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Glaucoma agudo de ángulo estrecho
Información Médica Requerida	Diagnóstico de epilepsia y documentación de tratamiento agudo de episodios estereotípicos intermitentes de actividad convulsiva frecuente (por ejemplo, series de convulsiones, convulsiones repetitivas agudas), que son distintos al patrón convulsivo habitual de un paciente
Restricciones de edad	Mayores de 12 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Este criterio se aplica solo a nuevos comienzos
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

NERLYNX

Productos Afectados

- NERLYNX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de mama positivo para HER2 en etapa inicial, y se usa después de terapia adyuvante con trastuzumab, o B.) Cáncer de mama avanzado o metastásico positivo para HER2, se usa en combinación con capecitabine Y el paciente recibió 2 o más regímenes previos de base anti-HER2 en el entorno metastásico
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

NINLARO

Productos Afectados

- NINLARO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de mieloma múltiple, se usa en combinación con lenalidomida y dexametasona, Y el paciente tiene historia de al menos 1 terapia previa
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

NUBEQA

Productos Afectados

- NUBEQA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer no metastásico de próstata resistente a la castración (nmCRPC), o B.) Cáncer de próstata hormonosensible metastásico junto con docetaxel Para el tratamiento de nmCRPC y, se aplica uno de los siguientes 1.) Usado en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) análoga O 2) el paciente recibió orquiectomía bilateral
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

NUEDEXTA

Productos Afectados

- NUEDEXTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Historia de intervalo QT prolongado, síndrome de QT largo congénito o Torsades de pointes, B.) Insuficiencia cardíaca, C.) Bloqueo AV completo sin marcapasos implantado o alto riesgo de bloqueo AV completo, D.) Uso concomitante con quinidine, quinine, mefloquine o medicamentos que prolonguen el intervalo QT y se metabolicen por medio del CYP2D6 (por ejemplo, thioridazine, pimozide), E.) Uso concomitante con MAOI o en el plazo de 14 días de la terapia con MAOI, F.) Historia de trombocitopenia inducida por quinina, mefloquina o quinidine, depresión de la médula ósea o síndrome semejante al lupus
Información Médica Requerida	Diagnóstico de condición pseudobulbar
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

NUPLAZID

Productos Afectados

- NUPLAZID

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se aplica el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson y ambos de los siguientes A.) Usado para el tratamiento de alucinaciones o delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson, y B.) El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson se hizo antes del inicio de los síntomas psicóticos.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

OCTREOTIDE

Productos Afectados

- *octreotide acetate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Acromegalia confirmada por un nivel alto del factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1) antes del tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio y el paciente tuvo una respuesta inadecuada o no es elegible para operación, radiación o mesilato de bromocriptina, o B.) Síndrome carcinoide metastásico con diarrea o enrojecimiento asociados, o C.) Tumores secretores de péptidos intestinales vasoactivos (VIPomas) con diarrea asociada
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ODOMZO

Productos Afectados

- ODOMZO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de carcinoma de células basales de la piel localmente avanzado y uno de los siguientes: A.) El cáncer reapareció después de la operación o radioterapia, B.) El paciente no es candidato para operación ni para radioterapia.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

OFEV

Productos Afectados

- OFEV

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Fibrosis pulmonar idiopática (IPF), B.) Enfermedades pulmonares intersticiales sistémicas asociadas con esclerosis (ILD), o C.) Enfermedades pulmonares intersticiales fibrosantes crónicas con un fenotipo progresivo
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

OGSIVEO

Productos Afectados

- OGSIVEO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumores desmoides progresivos que necesitan tratamiento sistémico
Restricciones de edad	mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

OJJAARA

Productos Afectados

- OJJAARA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de mielofibrosis (MF) de riesgo intermedio o alto, incluyendo la MF primaria o secundaria [pospolicitemia vera (PV) y trombocitemia postesencial (ET)], en adultos con anemia.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ONUREG

Productos Afectados

- ONUREG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML) usado en el tratamiento de mantenimiento para pacientes adultos que alcanzaron la primera remisión completa (CR) o la remisión completa con recuperación incompleta del recuento sanguíneo (CRi) después de la quimioterapia de inducción intensiva y no pueden completar la terapia curativa intensiva
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

OPSUMIT

Productos Afectados

- OPSUMIT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (grupo I de la OMS), confirmada por un cateterismo derecho del corazón o un ecocardiograma Doppler, si al paciente no se le puede hacer un cateterismo derecho del corazón (por ejemplo, el paciente es frágil, es adulto mayor, etc.)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
Duración de Cobertura	Inicial: 6 meses, Renovación: Plan anual
Otros Criterios	Continuación de la terapia: el paciente tolera y responde al medicamento y tiene capacidad mejorada de ejercicio o un retraso en el empeoramiento clínico.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

OPSYNVI

Productos Afectados

- OPSYNVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (grupo I de la OMS), confirmado por cateterismo cardíaco derecho o ecocardiograma Doppler, si al paciente no se le puede hacer un cateterismo cardíaco derecho (por ejemplo, el paciente es frágil, es adulto mayor, etc.)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
Duración de Cobertura	Inicial: 6 meses, Renovación: Año del plan
Otros Criterios	Continuación de la terapia: el paciente tolera y responde al medicamento y tiene mayor capacidad de ejercicio o un retraso en el empeoramiento clínico.
Indicaciones	All FDA-approved Indicaciones.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ORENCIA

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide, moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular, moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, o D.) Profilaxis de la enfermedad aguda del injerto comparado con el huésped (aGVHD), en combinación con un inhibidor de la calcineurina y metotrexato, en pacientes que están teniendo un trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT) de un donante compatible o con 1 alelo no compatible que no sea familiar. Es necesario hacer una evaluación para detectar infección por tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	pJIA/PsA/RA: Recetado por o en consulta con un dermatólogo o reumatólogo. aGVHD: Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ORGOVYX

Productos Afectados

- ORGOVYX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de próstata avanzado
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ORKAMBI

Productos Afectados

- ORKAMBI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis quística (CF) con mutación F508del homocigótica documentada, confirmada por una prueba de mutación de CF aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo o el proveedor de atención primaria que receta es de un centro de CF acreditado por la Fundación para la Fibrosis Quística (Cystic Fibrosis Foundation)
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ORSERDU

Productos Afectados

- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico, ER positivo, HER2 negativo, ESR1 mutado en mujeres posmenopáusicas u hombres adultos después de al menos 1 línea de terapia endocrina
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

OTEZLA

Productos Afectados

- OTEZLA ORAL TABLET
- OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis psoriásica activa y el paciente ha probado y fracasado o tiene intolerancia o contraindicación a dos productos preferidos (por ejemplo, Cosentyx, Enbrel, Humira, Rinvoq, Skyrizi, Stelara), B.) Psoriasis en placas de moderada a grave, el paciente es candidato a fototerapia o terapia sistémica, y el paciente ha probado y fracasado o tiene intolerancia o contraindicación a dos productos preferidos (por ejemplo, Cosentyx, Enbrel, Humira, Skyrizi, Stelara), C.) Psoriasis en placas leve, el paciente es candidato a fototerapia o terapia sistémica, y el paciente ha probado y fracasado o tiene intolerancia o contraindicación a al menos un producto tópico para la psoriasis (por ejemplo, corticosteroides de potencia media a alta o análogo de la vitamina D), o D.) Enfermedad de Behcet y el paciente tiene úlceras orales activas
Restricciones de edad	PsA: Mayores de 6 años. Todas las demás indicaciones: Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	PsA: Recetado por o en consulta con un dermatólogo o reumatólogo. Psoriasis en placas: Recetado por o en consulta con un dermatólogo.
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PANRETIN

Productos Afectados

- PANRETIN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA y ambos de los siguientes 1.) Usado para tratar lesiones cutáneas, y 2.) El tratamiento sistémico anti-sarcoma de Kaposi no está indicado (por ejemplo, el paciente no tiene más de 10 lesiones nuevas de SK en el mes anterior, linfedema sintomático, SK pulmonar sintomático o implicación visceral sintomática)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Que recetó o en consulta con un oncólogo o especialista en VIH
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PEGYLATED INTERFERON

Productos Afectados

- PEGASYS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Hepatitis autoinmune, B.) Descompensación hepática (puntuación de Child-Pugh mayor a 6, clase B y C) en pacientes con cirrosis antes del tratamiento, O descompensación hepática (puntuación de Child-Pugh mayor o igual a 6) en pacientes con cirrosis coinfectados con hepatitis C y VIH antes del tratamiento, C.) Reacciones de hipersensibilidad, incluyendo urticaria, broncoconstricción, anafilaxia o síndrome de Stevens-Johnson a interferones alfa o cualquier componente del producto, o D.) Embarazo con uso concomitante de ribavirin
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Infección por hepatitis B crónica, o B.) Hepatitis crónica C y los criterios necesarios se aplicarán en congruencia con la guía vigente de AASLD-IDSA con enfermedad hepática compensada
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PEMAZYRE

Productos Afectados

- PEMAZYRE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Diagnóstico de colangiocarcinoma inoperable localmente avanzado o metastásico previamente tratado con fusión del receptor 2 del factor de crecimiento fibroblástico (FGFR2) confirmada u otros reordenamientos según lo detectara una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o B.) Neoplasias mieloides/linfoides recidivantes o refractarias con reordenamientos del receptor 1 del factor de crecimiento de fibroblastos
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo, gastroenterólogo o hepatólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PENICILLAMINE

Productos Afectados

- *penicillamine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Lactancia materna, B.) Durante el embarazo (salvo para el tratamiento de la enfermedad de Wilson), C.) Hipersensibilidad a los productos de penicillamine, D.) Anemia/agranulocitosis aplásica relacionada con penicilamina, E.) Artritis reumatoide, pacientes con historia o evidencia de insuficiencia renal
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cistinuria, B.) Artritis reumatoide grave y activa o C.) Enfermedad de Wilson
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PIQRAY

Productos Afectados

- PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)
- PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)
- PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico, con mutación PIK3CA, negativo para HER2, positivo para receptor hormonal (HR) Y se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Se usa en combinación con fulvestrant, 2.) La enfermedad avanzó en o después de un régimen de base endocrina, y 3.) El paciente es un hombre O una mujer posmenopáusica
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PIRFENIDONE

Productos Afectados

- *pirfenidone*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

POMALYST

Productos Afectados

- POMALYST

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Sarcoma de Kaposi relacionado con SIDA y el paciente no tuvo éxito con terapia antirretroviral altamente activa (HAART), B.) Sarcoma de Kaposi en adultos negativos para VIH, o C.) Mieloma múltiple y en combinación con dexamethasone en adultos que hayan recibido al menos 2 terapias previas (incluyendo lenalidomide y un inhibidor proteosómico) y demostró avance de la enfermedad en o en el plazo de 60 días de haber completado la última terapia
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

POSACONAZOLE

Productos Afectados

- NOXAFIL
- *posaconazole oral suspension*
- *posaconazole oral tablet delayed release*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Tratamiento concomitante con sirolimus, B.) Uso concomitante de sustratos de CYP3A4 que prolongan el intervalo QT (pimozide, quinidine), C.) Uso concomitante de inhibidores de la HMG-CoA reductasa principalmente metabolizados mediante CYP3A4 o D.) Uso concomitante de alcaloides del cornezuelo del centeno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Candidiasis orofaríngea, o B.) El paciente está gravemente inmunodeprimido y necesita profilaxis de aspergilosis invasiva o candidiasis debido al alto riesgo de infección, o C.) Aspergilosis invasiva
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 semanas
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PREVYMIS

Productos Afectados

- PREVYMIS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Uso de concomitant con pimozide o alcaloides del cornezuelo (ergotamine, dihydroergotamine), B.) Uso concomitante con pitavastatin o simvastatin cuando se coadministra con cyclosporine
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Profilaxis de la infección y enfermedad por citomegalovirus (CMV) en receptores adultos CMV-seropositivos [R+] de un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas, o B.) Profilaxis de la enfermedad por CMV en receptores adultos de trasplante renal de alto riesgo (Donante CMV seropositivo/Receptor CMV seronegativo [D+/R-])
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	6 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PROLIA

Productos Afectados

- PROLIA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Hipocalcemia (calcio menor que 8.0 mg/dl)
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: A.) Diagnóstico de uno de los siguientes: 1.) Tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fractura, 2.) Tratamiento de la osteoporosis en varones con alto riesgo de fractura 3.) Tratamiento de la pérdida de hueso en hombres que reciben terapia de privación de andrógenos para el cáncer de próstata no metastásico, 4.) Tratamiento de la pérdida de hueso en mujeres que reciben terapia con inhibidores de la aromatasa para el cáncer de mama, o 5.) Tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides en pacientes con alto riesgo de fractura que inician o continúan con glucocorticoides sistémicos a una dosis diaria mayor que o igual a 7.5 mg de prednisone durante una duración prevista de al menos 6 meses B.) Densitometría ósea (DEXA) que documenta una puntuación T inferior a -1.0 en la columna lumbar, la cadera total, el cuello femoral o el 33 % del radio y el miembro tiene factores de alto riesgo (alto riesgo definido como historia de fractura osteoporótica, múltiples factores de riesgo de fractura, o fracaso o intolerancia a otra terapia disponible para la osteoporosis) o puntuación T menor que o igual a -2.5 en la columna lumbar, cadera total, cuello femoral o 33 % del radio
Restricciones de edad	ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.

Criterios	Detalles del Criterio
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PROMACTA

Productos Afectados

- PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG, 25 MG
- PROMACTA ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Púrpura trombocitopénica idiopática (ITP) crónica, B.) Trombocitopenia asociada con infección por hepatitis C crónica, o C.) Anemia aplásica grave con respuesta insuficiente a terapia inmunosupresora o en combinación con terapia habitual inmunosupresora
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PULMOZYME

Productos Afectados

- PULMOZYME

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis quística (CF)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo o el proveedor de atención primaria que receta es de un centro de CF acreditado por la Fundación para la Fibrosis Quística (Cystic Fibrosis Foundation)
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PURIXAN

Productos Afectados

- PURIXAN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, 2.) Uso en combinación con methotrexate, 3.) El paciente estuvo en modo de prueba y error o tiene contraindicación/intolerancia a las tabletas de mercaptopurine
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PYRIMETHAMINE

Productos Afectados

- *pyrimethamine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Anemia megaloblástica documentada debido a deficiencia de folato
Información Médica Requerida	Diagnóstico de Toxoplasmosis y tratamiento en combinación con una sulfonamida
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas
Duración de Cobertura	10 semanas
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

QINLOCK

Productos Afectados

- QINLOCK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumor avanzado del estroma gastrointestinal (GIST) y el paciente recibió tratamiento previo con 3 o más inhibidores de la cinasa, incluyendo imatinib
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

QUININE SULFATE

Productos Afectados

- *quinine sulfate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Prolongación del intervalo QT, B.) Deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, C.) Miastenia gravis, D.) Hipersensibilidad conocida a la mefloquine o quinidine, E.) Neuritis óptica, F.) Diagnóstico de fiebre de aguas negra, G.) Úselo solo para el tratamiento o la prevención de calambres nocturnos en las piernas
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) malaria por Plasmodium falciparum no complicada, B.) malaria por Plasmodium vivax no complicada, o C.) babesiosis
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	1 mes
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

RAVICTI

Productos Afectados

- RAVICTI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastornos del ciclo de la urea
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

REGRANEX

Productos Afectados

- REGRANEX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Neoplasia conocida en el lugar de aplicación
Información Médica Requerida	Diagnóstico de úlceras neuropáticas diabéticas en las extremidades inferiores que se extienden hasta el tejido subcutáneo o más allá y tienen un adecuado suministro de sangre
Restricciones de edad	Mayores de 16 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

REPATHA

Productos Afectados

- REPATHA
- REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM
- REPATHA SURECLICK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) hiperlipidemia primaria incluyendo hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HeFH), B.) hipercolesterolemia familiar homocigótica, C.) es necesaria la profilaxis de enfermedades cardiovasculares diagnosticadas y de infarto de miocardio, profilaxis de derrame cerebral o profilaxis de revascularización coronaria o D.) enfermedad cardiovascular (CVD) ateroesclerótica clínica que se define como uno de los siguientes: 1.) síndrome coronario agudo, 2.) historia de infarto de miocardio, 3.) angina estable/inestable, 4.) revascularización coronaria de otras arterias, 5.) derrame cerebral, 6.) ataque isquémico transitorio (TIA) o 7.) enfermedad arterial periférica que presumiblemente está en la región ateroesclerótica
Restricciones de edad	Mayores de 10 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

RETEVMO

Productos Afectados

- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer medular de tiroides (MTC) avanzado o metastásico con mutación en RET en pacientes que necesitan terapia sistémica, B.) Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) con fusión positiva de RET metastásico, C.) Cáncer de tiroides avanzado o metastásico con fusión positiva de RET en pacientes que necesitan terapia sistémica y son resistentes al yodo radioactivo, si corresponde, o D.) Tumores sólidos localmente avanzados o metastásicos con una fusión del gen RET que progresaron durante o después de un tratamiento sistémico anterior, o sin opciones de tratamiento alternativas satisfactorias
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

REVLIMID

Productos Afectados

- REVLIMID

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Mieloma múltiple y el medicamento se usará en combinación con, dexamethasone, B.) Trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas (HSCT) en pacientes con mieloma múltiple, C.) Anemia dependiente de transfusiones debido a síndrome mielodisplásico (MDS) de bajo riesgo o riesgo intermedio 1 asociado con una anormalidad citogenética de deleción 5q o sin más anormalidades citogenéticas, D.) Linfoma de células del manto cuya enfermedad reapareció o avanzó después de dos terapias previas, una de las que incluía bortezomib, E.) Linfoma folicular y se usa en combinación con rituximab, o F.) Linfoma de zona marginal y se usa en combinación con rituximab
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

REZLIDHIA

Productos Afectados

- REZLIDHIA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML) recurrente o refractaria con una mutación susceptible IDH1 según lo detectara una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

REZUROCK

Productos Afectados

- REZUROCK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad crónica de injerto contra huésped y el paciente fracasó en al menos 2 líneas previas de terapia sistémica.
Restricciones de edad	Mayores de 12 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

RILUZOLE

Productos Afectados

- *riluzole*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

RINVOQ

Productos Afectados

- RINVOQ

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide, moderada a grave, B.) Artritis psoriásica activa, C.) Dermatitis atópica moderada a grave y el paciente tiene prueba/error, contraindicación o intolerancia a dos de estos 1.) Corticosteroides tópicos, o 2.) Inhibidor de calcineurina tópico, D.) Colitis ulcerosa activa de moderada a grave que tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del factor de necrosis tumoral, E.) Espondilitis anquilosante activa que tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del factor de necrosis tumoral, o F.) Espondiloartritis axial activa no radiográfica con señales objetivas de inflamación que tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia con bloqueadores del factor de necrosis tumoral, o G.) Colitis ulcerosa activa de moderada a grave que tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del factor de necrosis tumoral
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

RIVFLOZA

Productos Afectados

- RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION
- RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 128 MG/0.8ML, 160 MG/ML

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hiperoxaluria primaria tipo 1 y el paciente tiene una función renal relativamente preservada (la EGFR es mayor o igual a 30mL/min/1.73m(2)
Restricciones de edad	Mayores de 9 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un NEFRÓLOGO
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ROZLYTREK

Productos Afectados

- ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG
- ROZLYTREK ORAL PACKET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) metastásico positivo para ROS1, o B.) Los tumores sólidos que tienen una fusión de genes de receptores de tirosina cinasa neurotróficos (NTRK) sin una mutación de resistencia adquirida conocida son metastásicos o donde es probable que la resección quirúrgica dé como resultado morbilidad grave, y ya avanzaron después del tratamiento o no tienen terapia alternativa satisfactoria
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Verificar el estado de embarazo de mujeres con potencial reproductivo antes de iniciar ROZLYTREK
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

RUBRACA

Productos Afectados

- RUBRACA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Cáncer ovárico epitelial, de las trompas de Falopio o primario peritoneal recurrente, usado como tratamiento de mantenimiento y el paciente presenta una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino, o B.) Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración, asociado con mutación (de la línea germinal o somática) del BRCA deletérea y se trató al paciente con terapia dirigida a los receptores de andrógenos y una quimioterapia basada en taxanos
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

RUFINAMIDE

Productos Afectados

- *rufinamide oral suspension*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Síndrome de QT corto familiar
Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut y uso como tratamiento complementario
Restricciones de edad	Mayores de 1 año
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

RYDAPT

Productos Afectados

- RYDAPT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) leucemia mielógena aguda (AML) positiva para mutación FLT3 nunca sometida a tratamiento y debe usarse en combinación con citarabina estándar y terapia de inducción con daunorubicin y de consolidación con citarabina, o B.) mastocitosis sistémica o leucemia de células mastoides.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SAPROPTERIN

Productos Afectados

- *sapropterin dihydrochloride*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hiperfenilalaninemia (HPA) causada por fenilcetonuria (PKU) sensible a tetrahidrobiopterina (BH4)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Inicial: 2 meses, Renovación: Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SCEMBLIX

Productos Afectados

- SCEMBLIX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia mieloide crónica con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ CML) en fase crónica (CP), tratada antes con dos o más inhibidores de la tirosina cinasa (TKI), o B.) Leucemia mieloide crónica con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ CML) en fase crónica (CP) con mutación T315I
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SIGNIFOR

Productos Afectados

- SIGNIFOR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad de Cushing y el paciente tuvo una respuesta inadecuada o no es candidato a operación. Para renovación: Documentación de una reducción clínicamente significativa en niveles de cortisol libre en orina (UFC) de 24 horas o mejoría en las señales o síntomas de la enfermedad
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SILDENAFIL

Productos Afectados

- *sildenafil citrate oral tablet 20 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Terapia de nitratos, incluyendo uso intermitente, B.) Uso concomitante con riocguat u otros estimuladores de la guanilatociclasa, C.) Uso concomitante con inhibidores de la proteasa del VIH o con elvitegravir/cobicistat/tenofovir/emtricitabine
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (grupo I de la OMS), confirmada por un cateterismo derecho del corazón o un ecocardiograma Doppler, si al paciente no se le puede hacer un cateterismo derecho del corazón (por ejemplo, el paciente es frágil, es adulto mayor, etc.)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Continuación de la terapia: el paciente tolera y responde al medicamento y tiene capacidad mejorada de ejercicio o un retraso en el empeoramiento clínico.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SIRTURO

Productos Afectados

- SIRTURO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Diagnóstico de tuberculosis pulmonar resistente a medicamentos múltiples (MDR-TB) y 2.) Uso en combinación con al menos otros 3 antibióticos para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar resistente a múltiples medicamentos
Restricciones de edad	Mayores de 5 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas
Duración de Cobertura	24 semanas
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SKYRIZI

Productos Afectados

- SKYRIZI PEN
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Psoriasis plaquetaria de moderada a grave y el paciente es candidato para terapia sistémica o fototerapia, B.) Artritis psoriásica activa, o C.) Enfermedad de Crohn activa de moderada a grave. Es necesario hacer una evaluación para detectar infección por tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un dermatólogo, gastroenterólogo o reumatólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SODIUM OXYBATE

Productos Afectados

- *sodium oxybate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Tratamiento concomitante con agentes hipnóticos sedantes, B.) Deficiencia de succínico semialdehído deshidrogenasa
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Narcolepsia con somnolencia diurna excesiva y tiene prueba de/o contraindicación a un medicamento estimulante del sistema nervioso central (SNC) (por ejemplo, anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato) o un medicamento que promueve la vigilia del SNC (por ejemplo, armodafinil, modafinil), o B.) Cataplexia y narcolepsia
Restricciones de edad	Mayores de 7 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SOHONOS

Productos Afectados

- SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de la fibrodisplasia osificante progresiva (FOP)
Restricciones de edad	Mujeres mayores de 8 años y hombres mayores de 10 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	6 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SOLTAMOX

Productos Afectados

- SOLTAMOX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Terapia concomitante anticoagulante de tipo coumarin, B.) historia de enfermedad tromboembólica como DVT o PE
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de mama y documentación de incapacidad para tragar la formulación en tabletas
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SOMAVERT

Productos Afectados

- SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Acromegalia confirmada por un nivel alto del factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1) antes del tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio y el paciente tuvo una respuesta inadecuada o no es elegible para operación o terapia de radiación
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SORAFENIB

Productos Afectados

- *sorafenib tosylate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cáncer de pulmón de células escamosas que se está tratando con carboplatin y paclitaxel
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma avanzado de células renales, o B.) Carcinoma de tiroides diferenciado, progresivo localmente recurrente o metastásico que es resistente al tratamiento con yodo radioactivo, o C.) Carcinoma hepatocelular no operable
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SPRYCEL

Productos Afectados

- SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia mieloide crónica (CML) positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+) recientemente diagnosticada en fase crónica, B.) CML mieloide o linfoide Ph+ en fase crónica, acelerada o blástica con resistencia o intolerancia a terapia anterior, C.) Leucemia linfoblástica aguda (ALL) Ph+ con resistencia o intolerancia a terapia anterior, o D.) ALL Ph+ recientemente diagnosticada en combinación con quimioterapia
Restricciones de edad	Mayores de 1 año
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

STELARA

Productos Afectados

- STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION
- STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Enfermedad de Crohn activa de moderada a grave, B.) Psoriasis plaquetaria de moderada a grave en pacientes adultos, C.) Artritis psoriásica activa, o D.) Colitis ulcerosa activa moderada a grave. Es necesario hacer una evaluación para detectar infección por tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un dermatólogo, reumatólogo o gastroenterólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

STIVARGA

Productos Afectados

- STIVARGA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer colorrectal metastásico en pacientes previamente tratados con quimioterapia conteniendo fluoropyrimidine, oxaliplatin e irinotecan, y terapia anti-VEGF, y si es RAS tipo silvestre, una terapia anti-EGFR, B.) Carcinoma de hígado en pacientes previamente tratados con sorafenib, o C.) Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) localmente avanzado, no operable o metastásico después del tratamiento con imatinib y sunitinib
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SUNITINIB

Productos Afectados

- *sunitinib malate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Tumor del estroma gastrointestinal después de avance de la enfermedad con o intolerancia a imatinib, B.) Tumores neuroendocrinos pancreáticos en un paciente con enfermedad no operable localmente avanzada o metastásica, C.) Carcinoma de células renales avanzado, o D.) Carcinoma de células renales y se usa como terapia adyuvante después de nefrectomía en pacientes que estén en alto riesgo de recurrencia
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SYMLIN

Productos Afectados

- SYMLINPEN 120
- SYMLINPEN 60

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Diagnóstico confirmado de gastroparesia, B.) Desconocimiento de hipoglucemia
Información Médica Requerida	Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, y el paciente usa terapia de insulina en los tiempos de comida y no tuvo éxito en lograr el control de glucosa deseado
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

SYNAREL

Productos Afectados

- SYNAREL

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) embarazo, B.) lactancia materna, C.) sangrado vaginal anormal sin diagnóstico
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Pubertad precoz central, o B.) Endometriosis
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TABRECTA

Productos Afectados

- TABRECTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) metastásico en pacientes cuyos tumores tienen una mutación que da lugar a omisiones del exón 14 de transición mesenquimatosa-epitelial (MET), según se detectó con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TADALAFIL

Productos Afectados

- *tadalafil*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) uso concurrente de nitratos, incluyendo el uso intermitente, o B.) diagnóstico de disfunción eréctil sin señales ni síntomas de BPH
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hiperplasia prostática benigna (BPH) y el paciente tuvo intolerancia o fracaso del tratamiento a UN bloqueador alfa (por ejemplo, doxazosin, prazosin, tamsulosin) Y a UN inhibidor de la 5-alfa reductasa (por ejemplo, dutasteride, finasteride).
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un urólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TAFINLAR

Productos Afectados

- TAFINLAR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma de tiroides anaplásico localmente avanzado o metastásico con mutación del BRAF V600E, en combinación con trametinib y sin opciones de tratamiento locorregional satisfactorio, B.) Cáncer de pulmón metastásico no microcítico, con mutación del BRAF V600E, en combinación con trametinib O en pacientes previamente tratados como monoterapia, C.) Melanoma maligno inoperable o metastásico con mutación del BRAF V600E o V600K, D.) Tumores sólidos irresecables o metastásicos con mutación BRAF V600E, en combinación con trametinib, y que progresó después del tratamiento previo y no tienen opciones de tratamiento alternativas satisfactorias, o E.) Glioma de bajo grado con mutación BRAF V600E y necesita terapia sistémica, en combinación con trametinib
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TAGRISSO

Productos Afectados

- TAGRISSO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico con deleción del gen EGFR en exón 19 o mutación del gen L858R en exón 21 y usado como terapia de primera línea, B) Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico con la mutación del gen EGFR T790M (confirmado por una prueba aprobada por la FDA) Y cuya enfermedad progresó en o después de la terapia con inhibidor de la tirosina cinasa del gen EGFR, C) Cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) con deleciones en exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) del tumor o mutaciones del gen L858R en exón 21 (confirmado por una prueba aprobada por la FDA) Y el paciente necesita terapia adyuvante después de la resección del tumor, o D.) Tratamiento de primera línea de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico localmente avanzado o metastásico cuyos tumores presentan deleciones en el exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones en el exón 21 L858R, detectadas mediante una prueba aprobada por la FDA, en combinación con pemetrexed y quimioterapia basada en platino
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.

Criterios	Detalles del Criterio
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TALZENNA

Productos Afectados

- TALZENNA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Cáncer de mama localmente avanzado o metastásico con mutación de la línea germinal del gen de susceptibilidad al cáncer de mama con mutación de línea germinal (BRCA) (gBRCAm), receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo o con sospecha de mutación deletérea, o B.) Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con mutación del gen de reparación de recombinación homóloga en combinación con enzulatamide
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TASIGNA

Productos Afectados

- TASIGNA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Síndrome de QT largo, B.) Hipocalemia sin corregir, C.) Hipomagnesemia sin corregir
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia mielógena crónica (CML) positiva para cromosoma Filadelfia en fase crónica recientemente diagnosticada, B.) CML positiva para cromosoma Filadelfia en fase crónica o acelerada en un paciente con resistencia o intolerancia a terapia previa que incluía imatinib, o C.) CML positiva para cromosoma Filadelfia en fase crónica en un paciente con resistencia o intolerancia a terapia previa con inhibidores de la tirosina cinasa
Restricciones de edad	Mayores de 1 año
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TAZAROTENE

Productos Afectados

- *tazarotene external cream*
- *tazarotene external gel*
- TAZORAC

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Acné vulgaris y el paciente estuvo en modo de prueba con al menos un producto tópico genérico para el acné, o B.) Psoriasis plaquetaria estable moderada a grave con 20 % o menos de compromiso del área de superficie corporal y el paciente estuvo en modo de prueba con al menos otro producto tópico para la psoriasis (por ejemplo, corticosteroide de mediana a alta potencia o análogos de la vitamina D)
Restricciones de edad	Mayores de 12 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TAZVERIK

Productos Afectados

- TAZVERIK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Sarcoma epitelioide metastásico o localmente avanzado en pacientes que no son elegibles para resección completa, B.) Linfoma folicular recurrente o refractario en pacientes cuyos tumores son positivos para una mutación de EZH2 según lo detectara una prueba aproada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que recibieron al menos 2 terapias sistémicas previas, o C.) Linfoma folicular recurrente o refractario en pacientes que no tienen opciones satisfactorias de tratamiento alternativo
Restricciones de edad	Mayores de 16 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TEPMETKO

Productos Afectados

- TEPMETKO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico con alteraciones de omisión del exón 14 de transición mesenquimatosa-epitelial (MET)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TERIPARATIDE

Productos Afectados

- *teriparatide (recombinant)*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Osteoporosis en pacientes mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fractura y la paciente tiene contraindicación o estuvo en modo de prueba/tuvo respuesta inadecuada a un bisfosfonato o Tymlos, B.) Osteoporosis primaria o hipogonádica en pacientes hombres con alto riesgo de fractura y el paciente tiene contraindicación o estuvo en modo de prueba/tuvo respuesta inadecuada a un bisfosfonato, o C.) Osteoporosis debido a terapia con glucocorticoides sistémicos sostenida asociada en pacientes con alto riesgo de fractura y el paciente tiene contraindicación o estuvo en modo de prueba/tuvo respuesta inadecuada a un bisfosfonato
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual (tratamiento máximo de 24 meses por tiempo de vida del paciente)
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TETRABENAZINE

Productos Afectados

- *tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Activamente suicida, B.) Depresión no tratada o con tratamiento inadecuado, C.) Deterioro de la función hepática, D.) Uso concomitante de inhibidores de la monoamino oxidasa, E.) Uso concomitante de reserpina o en el plazo de 20 días de suspender reserpine
Información Médica Requerida	Diagnóstico de corea asociada con la enfermedad de Huntington
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

THALOMID

Productos Afectados

- THALOMID

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Mieloma múltiple de reciente diagnóstico, o B.) Eritema nudoso leproso (ENL)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o especialista en enfermedades infecciosas o un dermatólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TIBSOVO

Productos Afectados

- TIBSOVO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia mieloide aguda en recaída o refractaria con una mutación susceptible de la isocitrato deshidrogenasa-1 (detectada por una prueba aprobada por la FDA), B.) Colangiocarcinoma localmente avanzado o metastásico previamente tratado con una mutación de isocitrato deshidrogenasa-1 (detectada mediante una prueba aprobada por la FDA), C.) Leucemia mieloide aguda (recién diagnosticada) con mutación susceptible de la isocitrato deshidrogenasa-1 y que cumple una de las siguientes: 1.) El paciente es mayor de 75 años o 2.) El paciente tiene comorbilidades que impiden la quimioterapia de inducción intensiva, o D.) Síndromes mielodisplásicos en recaída o refractarios con una mutación susceptible de isocitrato deshidrogenasa-1 (detectada por una prueba aprobada por la FDA)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, hematólogo, hepatólogo u oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TOBI

Productos Afectados

- TOBI PODHALER

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Sensibilidad conocida a cualquier aminoglucósido
Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis quística (confirmado por una prueba de diagnóstico o genética apropiada) y se sospecha o confirma que el paciente tiene infección por Pseudomona aeruginosa en los pulmones
Restricciones de edad	Mayores de 6 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TOPICAL RETINOIDS

Productos Afectados

- *adapalene*
- *tretinoin external*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de acné vulgaris de leve a moderado
Restricciones de edad	PA aplica a pacientes mayores de 26 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TOPICAL TESTOSTERONE

Productos Afectados

- *testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 25 mg/2.5gm (1%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)*
- *testosterone transdermal solution*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Carcinoma de mama (solo hombres), B.) Carcinoma de la próstata, conocido o sospechado, C.) Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Hipogonadismo hipogonadotrópico, o B.) Hipogonadismo primario. El diagnóstico de hipogonadismo debe confirmarse por un nivel de testosterona sérica (total o libre) bajo para la edad definido por el valor de referencia normal del laboratorio
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TOREMIFENE

Productos Afectados

- *toremifene citrate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Síndrome de QT largo adquirido o congénito, B.) Hipocalemia sin corregir, C.) Hipomagnesemia sin corregir
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de mama metastásico y el paciente debe tener respuesta inadecuada previa o intolerancia a tamoxifen
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	6 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TRELSTAR

Productos Afectados

- TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de próstata avanzado
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TRIENTINE

Productos Afectados

- *trientine hcl*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad de Wilson en pacientes que son intolerantes a la penicillamine
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TRIKAFTA

Productos Afectados

- TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK
- TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis quística (FQ) y el paciente tiene al menos 1 mutación F508del en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) o una mutación en el gen CFTR que responde a elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor verificada por una mutación de la FQ aprobada por la FDA
Restricciones de edad	Mayores de 2 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo o el proveedor de atención primaria que receta es de un centro de CF acreditado por la Fundación para la Fibrosis Quística (Cystic Fibrosis Foundation)
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TRUQAP

Productos Afectados

- TRUQAP

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de mama localmente avanzado o metastásico, receptor hormonal positivo (HR), receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), negativo, con 1 o más alteraciones de PIK3CA/AKT1/PTEN detectadas mediante una prueba aprobada por la FDA y, A.) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad después de 1 o más regímenes endocrinos en el entorno metastásico o recurrencia en o durante de los 12 meses posteriores a completar la terapia adyuvante, y B.) se usará en combinación con la inyección de fulvestrant.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TUKYSA

Productos Afectados

- TUKYSA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) cáncer de mama avanzado positivo para HER2 no operable o metastásico (incluyendo metástasis cerebral) en pacientes que recibieron uno o más regímenes previos basados en anti-HER2 en el entorno metastásico y el medicamento se esté usando en combinación con trastuzumab y capecitabine, o, B.) cáncer colorrectal RAS de tipo salvaje y HER2 positivo no operable o metastásico que progresó tras el tratamiento con quimioterapia basada en fluoropyrimidine, oxaliplatin e irinotecan y el medicamento se está utilizando en combinación con trastuzumab
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TURALIO

Productos Afectados

- TURALIO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumor sintomático tenosinovial de células gigantes (TGCT) asociado con morbilidad grave o limitaciones funcionales y no susceptible de operación. Pruebas de la función hepática antes de la iniciación.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

TYMLOS

Productos Afectados

- TYMLOS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de osteoporosis en hombres o mujeres posmenopáusicos y uno de las siguientes: A.) fractura osteoporótica o múltiples factores de riesgo por fractura, o B.) ensayo anterior o contraindicación al bisphosphonate
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual (tratamiento máximo de 24 meses por tiempo de vida del paciente)
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

UBRELVY

Productos Afectados

- UBRELVY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Uso concomitante de inhibidores fuertes del CYP3A4 (por ejemplo, ketoconazole, itraconazole, clarithromycin)
Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno de migraña con o sin aura y el paciente tiene prueba documentada, respuesta inadecuada o contraindicación para al menos 1 triptan genérico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

VALCHLOR

Productos Afectados

- VALCHLOR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de linfoma cutáneo de células T (micosis en etapa IA y IB de tipo fungoide) y el paciente recibió terapia previa dirigida a la piel (por ejemplo, corticosteroids tópicos, fototerapia o mostaza nitrogenada tópica)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

VANFLYTA

Productos Afectados

- VANFLYTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	El paciente debe tener todo lo siguiente A.) Leucemia mieloide aguda recién diagnosticada con mutación FLT3-ITD, B.) Se usa en combinación con la inducción estándar de citarabine y anthracycline y la consolidación con citarabine, y como monoterapia de mantenimiento después de la quimioterapia de consolidación, y C.) debe estar inscrito en el programa VANFLYTA REMS
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

VENCLEXTA

Productos Afectados

- VENCLEXTA
- VENCLEXTA STARTING PACK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Uso concomitante con inhibidor fuerte de CYP3A durante la fase inicial y de titulación en pacientes con CLL o SLL
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) leucemia linfocítica crónica (CLL) o linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), o B.) Leucemia mieloide aguda (AML) recién diagnosticada y se usa en combinación con azacitidine, decitabine o cytarabine de dosis baja en pacientes mayores de 75 años o que tienen comorbilidades que les impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

VERQUVO

Productos Afectados

- VERQUVO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Uso concomitante de otros estimuladores de la guanilatociclasa soluble (sGC), o B.) Embarazo
Información Médica Requerida	Diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica (HF), NYHA Clase II a IV y todo lo siguiente 1.) Fracción de eyección del ventrículo izquierdo inferior al 45 %, 2.) Hospitalización previa por insuficiencia cardíaca en los últimos 6 meses o tratamiento diurético por vía intravenosa ambulatorio por insuficiencia cardíaca en los últimos 3 meses
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

VERZENIO

Productos Afectados

- VERZENIO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Cáncer de mama avanzado con receptor de hormonas (HR) positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo, ganglios positivos y TODOS los siguientes: 1.) El paciente tiene un alto riesgo de recurrencia, y 2.) El medicamento pedido se usará en combinación con terapia endocrina (tamoxifen o un inhibidor de la aromatasa) para tratamiento adyuvante, O B.) Cáncer de mama avanzado o metastásico receptor de hormonas positivo (HR), receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo y una de los siguientes 1.) Usado en combinación con fulvestrant en un paciente con progresión de la enfermedad después de la terapia endocrina, 2.) Usado como monoterapia en un paciente con progresión de la enfermedad después de la terapia endocrina y quimioterapia anterior en el entorno metastásico, o 3.) Para mujeres posmenopáusicas y hombres, usado como tratamiento endocrino inicial en combinación con un inhibidor de la aromatasa
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

VIGABATRIN

Productos Afectados

- *vigabatrin*
- VIGADRONE
- VIGPODER

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Espasmos infantiles, o B.) Convulsiones parciales complejas refractarias y el medicamento se está usando como terapia adicional en pacientes que respondieron inadecuadamente a dos tratamientos alternativos
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

VIJOICE

Productos Afectados

- VIJOICE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de manifestaciones graves del espectro de sobrecrecimiento relacionado con PIK3CA (PROS) en pacientes que necesitan terapia sistémica
Restricciones de edad	Mayores de 2 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

VITRAKVI

Productos Afectados

- VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI ORAL SOLUTION

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumores sólidos metastásicos o quirúrgicamente inoperables con fusión positiva del gen de receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK) y se usa en pacientes con tratamientos alternativos no satisfactorios o que avanzaron después del tratamiento
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

VIZIMPRO

Productos Afectados

- VIZIMPRO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) metastásico con deleción confirmada en exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones de sustitución del gen L858R en exón 21, según se detectó con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

VONJO

Productos Afectados

- VONJO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de mielofibrosis primaria o secundaria de riesgo intermedio o alto en adultos Y un recuento de plaquetas inferior a 50 X 10(9)/L
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

VORICONAZOLE

Productos Afectados

- *voriconazole intravenous*
- *voriconazole oral suspension reconstituted*
- *voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Uso concomitante de carbamazepine, sustratos de CYP3A4 (por ejemplo, terfenadine, astemizole, cisapride, pimozide o quinidine), B.) Uso concomitante con ritonavir de dosis alta (400 mg cada 12 horas), C.) Uso concomitante con alcaloides del ergot, D.) Uso concomitante con barbitúricos de acción prolongada, E.) Uso concomitante con rifabutin o rifampin, F.) Uso concomitante con sirolimus, o G.) Uso concomitante con efavirenz en dosis estándar de 400 mg/día o más altas
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Aspergilosis invasiva, B) Candidemia, C.) Candidiasis esofágica, D.) Candidiasis invasiva de la piel y el abdomen, riñón, pared de la vejiga y heridas, o E.) Infección micótica grave debido a Scedosporium apiospermum o a la especie Fusarium
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas
Duración de Cobertura	6 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

VOTRIENT

Productos Afectados

- VOTRIENT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma avanzado de células renales, o B.) Sarcoma avanzado de tejido blando y el paciente recibió por lo menos una quimioterapia previa
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

WELIREG

Productos Afectados

- WELIREG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Embarazo
Información Médica Requerida	Se necesita el diagnóstico de la enfermedad de von Hippel-Lindau (VHL) y la terapia para cualquiera de los siguientes tumores asociados a la enfermedad que no necesitan operación inmediata: A.) Carcinoma de células renales (RCC), B.) Hemangioblastoma del sistema nervioso central (CNS), o C.) Tumor neuroendocrino pancreático (pNET)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

XALKORI

Productos Afectados

- XALKORI ORAL CAPSULE
- XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG, 20 MG, 50 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) metastásico que es positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK) o positivo para ROS1 según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA, B.) Linfoma anaplásico de células grandes sistémico en recaída o refractario que es positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK) detectado por una prueba aprobada por la FDA, o C.) Tumores miofibroblásticos inflamatorios irresecables, recurrentes o refractarios que son positivos para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

XCOPRI

Productos Afectados

- XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)
- XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)
- XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG
- XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Síndrome de QT corto familiar
Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

XDEMVY

Productos Afectados

- XDEMVY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de la blefaritis por Demodex
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

XELJANZ

Productos Afectados

- XELJANZ ORAL SOLUTION
- XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG
- XELJANZ XR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide (RA) moderada a grave, B.) Artritis psoriásica activa, C.) Colitis ulcerosa (UC) moderada a grave o D.) Artritis idiopática juvenil de curso poliarticular (pcJIA), o E.) Espondilitis anquilosante. Es necesario hacer una evaluación para detectar infección por tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

XERMELO

Productos Afectados

- XERMELO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de diarrea del síndrome carcinoide y ambos de los siguientes 1.) La diarrea no se controla adecuadamente con una dosis estable de terapia con análogos de somatostatina (SSA) (por ejemplo, octreotide, lanreotide) durante al menos 3 meses, y 2.) Usado en combinación con la terapia SSA
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo, endocrinólogo o gastroenterólogo
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

XGEVA

Productos Afectados

- XGEVA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Hipocalcemia (calcio menor que 8.0 mg/dl)
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Metástasis óseas de un tumor sólido, usado para la prevención de eventos relacionados con el esqueleto y debe tener una respuesta inadecuada al tratamiento, evento adverso o contraindicación para el ácido zoledrónico, B.) Mieloma múltiple, usado para la prevención de eventos relacionados con el esqueleto y debe tener una respuesta inadecuada al tratamiento, un evento adverso o una contraindicación para el ácido zoledrónico, C.) Hipercalcemia de malignidad refractaria a la terapia con bisfosfonatos y debe tener una respuesta inadecuada al tratamiento, evento adverso o contraindicación para el ácido zoledrónico, o D.) Tumor óseo de células gigantes que es inoperable o donde la resección quirúrgica es probable que dé como resultado morbilidad grave
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	Yes

XOLAIR

Productos Afectados

- XOLAIR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Urticaria crónica idiopática en pacientes que siguen siendo sintomáticos después de la terapia con antihistamínicos H1 para pacientes mayores de 12 años, B.) Asma persistente moderada a grave en pacientes mayores de 6 años que tengan un resultado positivo de un aeroalérgeno perenne en las pruebas cutáneas o por reactividad in vitro y cuyos síntomas no sean adecuadamente controlados con corticoides inhalados o Dupixent, C.) Pólipos nasales en pacientes mayores de 18 años con mala respuesta a corticoides nasales, o D.) Reducción de las reacciones alérgicas (tipo I), incluyendo la anafilaxia, que pueden ocurrir con la exposición accidental a 1 o más comidas en personas con alergia alimentaria mediada por la IgE y se usa junto con la evasión de alérgenos alimentarios en pacientes mayores de 1 año
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por un alergista, un dermatólogo, un inmunólogo, un otorrinolaringólogo o un neumólogo, o por otro médico en consulta con uno de estos
Duración de Cobertura	Inicial: 6 meses, Renovación: plan anual
Otros Criterios	Determinación de cobertura de B vs. D según directrices de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

XOSPATA

Productos Afectados

- XOSPATA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML) recurrente o refractaria con una mutación de la tirosina cinasa 3 semejante a FMS (FLT3) según lo detectara una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

XPOVIO

Productos Afectados

- XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)
- XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)
- XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)
- XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)
- XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)
- XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)
- XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Mieloma múltiple recurrente o resistente al tratamiento usado en combinación con dexametasona en un paciente que recibió al menos 4 terapias anteriores y que es resistente al tratamiento para al menos 2 inhibidores de proteasoma, al menos 2 agentes inmunomoduladores y un anticuerpo monoclonal anti-CD38, B) Mieloma múltiple usado en combinación con bortezomib y dexametasona en un paciente que recibió al menos 1 terapia previa C.) Linfoma difuso refractario de células B grandes no especificado de otra manera, o D.) Linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) recurrente o refractario que se origina de linfoma folicular y el paciente recibió por lo menos 2 líneas de terapia sistémica
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

XTANDI

Productos Afectados

- XTANDI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de próstata resistente a la castración (CRPC), B.) Cáncer metastásico de próstata sensible a la castración (mCSPC). Para el tratamiento de CRPC y mCSPC, se aplica uno de los siguientes 1.) Usado en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) análoga o 2) el paciente recibió orquiectomía bilateral, o C.) cáncer de próstata no metastásico sensible a la castración con recurrencia bioquímica con alto riesgo de metástasis
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

YONSA

Productos Afectados

- YONSA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC) y se usa en combinación con methylprednisolone. Para el tratamiento de nmCRPC y, se aplica uno de los siguientes: 1.) Usado en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) análoga O 2) el paciente recibió orquiectomía bilateral
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ZARXIO

Productos Afectados

- ZARXIO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Neutropenia febril inducida por quimioterapia (profilaxis), B.) Neutropenia crónica grave, C.) El paciente pasa por un trasplante autólogo de células progenitoras de la sangre periférica para movilizar las células progenitoras para recolección mediante leucoféresis, o D.) Subsíndrome hematopoyético del síndrome de irradiación aguda (H-ARS)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ZEJULA

Productos Afectados

- ZEJULA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer ovárico epitelial, de las trompas de Falopio o primario peritoneal, avanzado o recurrente, y se usa como terapia de mantenimiento en un paciente que presenta una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ZELBORAF

Productos Afectados

- ZELBORAF

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Melanoma no operable o metastásico y el paciente tiene una mutación positiva del BRAF-V600E documentada por una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o B.) Enfermedad de Erdheim-Chester y el paciente tiene una documentación documentada del BRAF V600
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ZIEXTENZO

Productos Afectados

- ZIEXTENZO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de malignidad no mieloide y el medicamento se está usando como profilaxis para neutropenia inducida por quimioterapia
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ZILBRYSQ

Productos Afectados

- ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 16.6 MG/0.416ML, 23 MG/0.574ML, 32.4 MG/0.81ML

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de miastenia grave generalizada en adultos que son positivos a los anticuerpos contra el receptor de acetilcolina (AChR)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Plan anual
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ZOKINVY

Productos Afectados

- ZOKINVY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Síndrome de progeria de Hutchinson-Gilford, o B.) Laminopatía progeroide deficiente en procesamiento con documentación de mutación LMNA heterocigota con acumulación de proteína similar a la progerina o mutaciones ZMPSTE24 homocigotas o heterocigotas compuestas
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ZOLINZA

Productos Afectados

- ZOLINZA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de linfoma primario cutáneo de células T (CTCL) en pacientes con enfermedad progresiva, persistente o recurrente en o después de dos terapias sistémicas (por ejemplo, bexarotene, romidepsin, etc.)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ZTALMY

Productos Afectados

- ZTALMY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones asociadas con el trastorno por deficiencia (CDD) de quinasa similar a 5 dependiente de ciclina (CDKL5)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ZURZUVAE

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de depresión postparto
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	14 días
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ZYDELIG

Productos Afectados

- ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Historia de necrosis epidérmica tóxica con cualquier medicamento
Información Médica Requerida	Leucemia linfocítica crónica, se usa en combinación con rituximab y el paciente recayó en al menos una terapia previa
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

ZYKADIA

Productos Afectados

- ZYKADIA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) metastásico que sea positivo para la cinasa del linfoma anaplásico (ALK)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

PARTE B VERSUS PARTE D

Productos Afectados

- *acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %*
- *acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml*
- *albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml*
- *amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg*
- *amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg*
- *ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg*
- *aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg*
- *azathioprine oral tablet 50 mg*
- *azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg*
- *budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml*
- *calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act*
- *calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg*
- *calcitriol oral solution 1 mcg/ml*
- *cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm*
- *cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg*
- *cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm*
- *cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg*
- CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT
- *ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml*
- *clindamycin phosphate injection solution 900 mg/6ml*
- CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %
- CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %
- CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %
- *colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg*
- *cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml*
- *cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg*
- *cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg*
- *cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg*
- *cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml*
- *cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg*
- *dextrose intravenous solution 10 %, 5 %*
- *dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %*
- DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG
- ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML
- ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML
- ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG
- *everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg*
- *fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%*
- GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML
- GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM

- GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML
- GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML
- *granisetron hcl oral tablet 1 mg*
- *heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml*
- HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML
- IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML
- *ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %*
- *ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml*
- ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION
- ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION
- *kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%*
- *kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l*
- *levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml*
- *methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml*
- *methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml*
- *metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml*
- *multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution*
- *mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg*
- *mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml*
- *mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg*
- *mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg*
- NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %
- *ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml*
- *ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg*
- *ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg*
- *paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg*
- *penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit*
- *penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit*
- *pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg*
- *pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg*
- PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION
- *potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%*
- *potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml*
- *potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l*
- PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML
- PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG
- RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED
- RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML
- RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML

- SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML
- *sirolimus oral solution 1 mg/ml*
- *sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg*
- *tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg*
- TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG
- *tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg*
- *tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml*
- *tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml*
- TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE
- TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %
- TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %
- XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML

Detalles

Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Es posible que deba enviarse información que describa el uso y la configuración del medicamento para tomar la determinación.

Listado alfabético

A
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML 20, 21
ABILIFY MAINTENA 20, 21
abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg 1
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 % 293
acitretin 2
ACTIMMUNE 3
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml 293
adalimumab-adbm (2 pen) 4
adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 20 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml 4
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) 4
adalimumab-adbm(ps/uv starter) 4
adapalene 246
adefovir dipivoxil 94
ADEMPAS 5, 6
AKEEGA 9
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml .. 293
ALECENSA 10
alosetron hcl 11
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg 103
ALUNBRIG 13
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG 14
ambrisentan 15
AMJEVITA 16
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG 16
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg 293
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg 293
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg 293
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg 293
APTIOM 17
ARCALYST 18
ARIKAYCE 19
armodafinil 44
AUGTYRO 22
AUSTEDO 23
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG 23
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION . 23
AYVAKIT 24
azathioprine oral tablet 50 mg 293
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg 293
B
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG 25
BARACLUDE 94
BENLYSTA 27
benztropine mesylate 102
BESREMI 28
bexarotene 29, 30
bosentan 31
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG 32
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG 32
BRAFTOVI 33
BRIVIACT 34
BRONCHITOL 35
BRUKINSA 36
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml 293
butalbital-acetaminophen 96
butalbital-apap-caffeine 96
C
CABOMETYX 37

calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act..... 293
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg 293
calcitriol oral solution 1 mcg/ml..... 293
CALQUENCE 38
CAMZYOS 39
CAPLYTA 20, 21
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG 40
carglumic acid..... 41
CAYSTON..... 42
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm..... 293
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg..... 293
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm..... 293
chlordiazepoxide hcl 103
chlordiazepoxide-amitriptyline..... 100
chlordiazepoxide-clidinium 98
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg 293
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT 293
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml 293
clindamycin phosphate injection solution 900 mg/6ml 293
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %293
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %.... 293
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %.... 293
clobazam oral suspension 43
clobazam oral tablet 43
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg..... 293
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).... 45
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).... 45
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)..... 45
COPIKTRA..... 46
CORLANOR ORAL SOLUTION..... 47, 48
CORLANOR ORAL TABLET 47, 48
COSENTYX 49
COSENTYX (300 MG DOSE)..... 49
COSENTYX SENSOREADY (300 MG). 49
COSENTYX UNOREADY..... 49
COTELLIC 50
cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml 293
cyclobenzaprine hcl 107
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg 293
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg 293
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg 293
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml 293
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg293
CYSTAGON..... 51

D

dalfampridine er 52
DAURISMO 53
DAYBUE..... 54
deferasirox..... 55
deferiprone 56
dextrose intravenous solution 10 %, 5 % 293
dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 % 293
DIACOMIT..... 57
diclofenac epolamine 58
digoxin oral solution 97
digoxin oral tablet 250 mcg 97
dimethyl fumarate 59
dimethyl fumarate starter pack..... 59
DOJOLVI..... 60
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG 293
dronabinol 61
droxidopa 62
DUPIXENT..... 63

E

ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG..... 146
EMGALITY..... 64

EMGALITY (300 MG DOSE) 64
EMSAM 65
ENBREL 66
ENBREL MINI 66
ENBREL SURECLICK 66
ENDARI 67
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML 293
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML 293
ENSPRYNG 68
entecavir 94
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG 293
EPIDIOLEX 69
ergoloid mesylates 99
ERIVEDGE 71
ERLEADA 72
erlotinib hcl 73
estazolam 103
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg 293
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg 7, 8
everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg 74
EVRYSDI 75
EXKIVITY 76
F
FANAPT 20, 21
FANAPT TITRATION PACK 20, 21
FASENRA 77
FASENRA PEN 77
febuxostat 78
fentanyl citrate 79
FILSPARI 80
FINTEPLA 81
FIRMAGON 82
FIRMAGON (240 MG DOSE) 82
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-% 293
FOTIVDA 83
FRUZAQLA 84
FULPHILA 85
FYCOMPA 86
G
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML 293
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM 293
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML 294
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML 294
GAVRETO 87
gefitinib 88
GILOTRIF 89
glatiramer acetate 90
GLEOSTINE 91
granisetron hcl oral tablet 1 mg 294
guanfacine hcl er 104
H
heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml 294
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML 294
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML 108, 109
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML 108, 109
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.. 108, 109
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER 108, 109
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START 108, 109

HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER 108, 109
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER 108, 109
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 108, 109
hydroxyzine hcl..... 101
hydroxyzine pamoate..... 101
HYFTOR..... 110
I
IBRANCE..... 111
icatibant acetate..... 112
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG..... 113
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG 114
imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg 115
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG 116
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION..... 116
IMBRUVICA ORAL TABLET 116
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML 294
INCRELEX..... 117
INLYTA..... 119
INQOVI 120
INREBIC..... 121
INTRAROSA..... 122
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML 123
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML 124, 125
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML 126
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 % 294
ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml 294
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION..... 294
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION..... 294
itraconazole 127
ivermectin 128
IWILFIN 129
J
JAKAFI..... 130
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG 131
JOENJA 132
K
KALYDECO..... 133
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%..... 294
kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l..... 294
KERENDIA 134
KINERET 135
KISQALI (200 MG DOSE)..... 136, 137
KISQALI (400 MG DOSE)..... 136, 137
KISQALI (600 MG DOSE)..... 136, 137
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) .. 138
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) .. 138
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) .. 138
KORLYM 139
KOSELUGO 140
KRAZATI 141
L
lapatinib ditosylate 142
lenalidomide..... 143
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 144
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 144
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 144
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 144
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 144

LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 144
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 144
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 144
LEUKINE 145
leuprolide acetate 146
leuprolide acetate (3 month) 146
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml..... 294
lidocaine external ointment..... 147
lidocaine hcl 147
linezolid intravenous..... 148
linezolid oral suspension reconstituted ... 148
linezolid oral tablet 148
LONSURF 149
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG 150
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG 151
LUPRON DEPOT (1-MONTH)..... 146
LUPRON DEPOT (3-MONTH)..... 146
LUPRON DEPOT (4-MONTH)..... 146
LUPRON DEPOT (6-MONTH)..... 146
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).... 146
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).... 146
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).... 146
LYBALVI..... 20, 21
LYNPARZA 152, 153
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)..... 154
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)..... 154
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)..... 154
M
MATULANE 155
MAVYRET..... 95
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG..... 156
MAYZENT STARTER PACK..... 156
megestrol acetate..... 105
MEKINIST 157, 158
MEKTOVI 159
methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml 294
methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml 294
metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml 294
mifepristone 160
miglustat..... 161
modafinil 44
multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution..... 294
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg 294
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml 294
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg 294
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg 294
N
NAMZARIC 162
NAYZILAM 163
NERLYNX 164
NINLARO..... 165
NOXAFIL 189
NUBEQA 166
NUEDEXTA..... 167
NUPLAZID..... 168
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %..... 294
O
octreotide acetate 169
ODOMZO 170
OFEV 171
OGSIVEO 172
OJJAARA 173
OMNITROPE 93
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml.. 294
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg... 294
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg 294
ONUREG 174
OPSUMIT 175
OPSYNVI 176
ORENCIA CLICKJECT..... 177
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML 177

ORGOVYX 178
ORKAMBI 179
orphenadrine citrate er 107
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG 180
OTEZLA ORAL TABLET 181
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 181
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 92
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 92
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 92
P
PANRETIN 182
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg 294
PEGASYS 183
PEMAZYRE 184
penicillamine 185
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit 294
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit 294
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg 294
pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg 294
PERSERIS 20, 21
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 186
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 186
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 186
pirfenidone 187
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION 294
POMALYST 188
posaconazole oral suspension 189
posaconazole oral tablet delayed release 189
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-% 294
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml 294
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l 294
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML 294
PREVYMIS 190
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG 294
PROLASTIN-C 12
PROLIA 191, 192
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG, 25 MG 193
PROMACTA ORAL TABLET 193
promethazine hcl 101
PROMETHEGAN 101
PULMOZYME 194
PURIXAN 195
pyrimethamine 196
Q
QINLOCK 197
quinine sulfate 198
R
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ... 294
RAVICTI 199
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML 294
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML 294
REGRANEX 200
REPATHA 201
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM .. 201
REPATHA SURECLICK 201
RETACRIT 70
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG 202
REVLIMID 203
REXULTI 20, 21
REZLIDHIA 204
REZUROCK 205
riluzole 206
RINVOQ 207, 208
RISPERDAL CONSTA 20, 21
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 209

RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 128 MG/0.8ML, 160 MG/ML 209
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG 210
ROZLYTREK ORAL PACKET 210
RUBRACA 211
rufinamide oral suspension 212
rufinamide oral tablet 26
RYBELSUS 92
RYDAPT 213
S
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML 295
sapropterin dihydrochloride 214
SCEMBLIX 215
SECUADO 20, 21
SIGNIFOR 216
sildenafil citrate oral tablet 20 mg 217
sirolimus oral solution 1 mg/ml 295
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg 295
SIRTURO 218
SKYRIZI PEN 219
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML 219
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 219
sodium oxybate 220
sofosbuvir-velpatasvir 95
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG 221
SOLTAMOX 222
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG 223
sorafenib tosylate 224
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG 225
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 226
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML 226
STIVARGA 227
sunitinib malate 228
SYMLINPEN 120 229
SYMLINPEN 60 229
SYMPAZAN 43
SYNAREL 230
T
TABRECTA 231
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg 295
tadalafil 232
TAFINLAR 233
TAGRISSO 234, 235
TALZENNA 236
TASIGNA 237
tazarotene external cream 238
tazarotene external gel 238
TAZORAC 238
TAZVERIK 239
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG 295
temazepam 103
TEPMETKO 240
teriparatide (recombinant) 241
testosterone cypionate 118
testosterone enanthate 118
testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 25 mg/2.5gm (1%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%) 247
testosterone transdermal solution 247
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg 242
THALOMID 243
TIBSOVO 244
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg 295
TOBI PODHALER 245
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml 295
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml 295
toremifene citrate 248

TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE 295
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 % 295
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG 249
tretinoin external 246
trientine hcl 250
trihexyphenidyl hcl 102
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 251
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG 251
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 % 295
TRULICITY 92
TRUQAP 252
TUKYSA 253
TURALIO 254
TYMLOS 255
U
UBRELVY 256
V
VALCHLOR 257
VANFLYTA 258
VEMLIDY 94
VENCLEXTA 259
VENCLEXTA STARTING PACK 259
VERQUVO 260
VERSACLOZ 20, 21
VERZENIO 261, 262
vigabatrin 263
VIGADRONE 263
VIGPODER 263
VIJOICE 264
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG 265
VITRAKVI ORAL SOLUTION 265
VIZIMPRO 266
VONJO 267
voriconazole intravenous 268
voriconazole oral suspension reconstituted 268
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg.. 268
VOSEVI 95
VOTRIENT 269
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG 20, 21
W
WELIREG 270
X
XALKORI ORAL CAPSULE 271
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG, 20 MG, 50 MG 271
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML 295
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 272
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 272
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG 272
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 272
XDEMVY 273
XELJANZ ORAL SOLUTION 274
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG 274
XELJANZ XR 274
XERMELO 275
XGEVA 276
XOLAIR 277
XOSPATA 278
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)... 279
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)..... 279
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)... 279
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)..... 279
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)... 279
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)..... 279
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)... 279
XTANDI 280
Y
YARGESA 161
YONSA 281
Z
zaleplon 106
ZARXIO 282

ZEJULA 283
ZELBORAF 284
ZIEXTENZO 285
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 16.6 MG/0.416ML, 23 MG/0.574ML, 32.4 MG/0.81ML 286
ziprasidone mesylate 20, 21
ZOKINVY 287
ZOLINZA 288
zolpidem tartrate 106
ZTALMY 289
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG 290
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG 291
ZYKADIA 292