



# **MCS Classicare 2026 Formulario 1 Criterios de Pre-Autorización**

**MCS Classicare MA-PD Grupo (HMO), MCS Classicare RxMax (HMO)**

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 ofrecido por MCS Advantage, Inc.

Última Actualización: 12/09/2025

## Criterios de Pre Autorización

# ABIRATERONE

### Productos Afectados

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

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 CPRC y CSPC, se usará abiraterone en combinación con prednisone Y se aplica uno de los siguientes: 1.) Usado en combinación con un análogo de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) (por ejemplo, leuprolide, triptorelin) O 2) el paciente recibió orquiectomía bilateral
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o urólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ABIRTEGA

---

## Productos Afectados

- *abirtega*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 un análogo de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) (por ejemplo, leuprolide, triptorelin) O 2) el paciente recibió orquiectomía bilateral
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ACITRETIN

## Productos Afectados

- *acitretin*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Insuficiencia hepática o renal grave, B.) Valores crónicos de lípidos en sangre anormalmente elevados, C.) Uso concomitante de metotrexato o tetraciclinas, o D.) hipersensibilidad (por ejemplo, angioedema, urticaria) a la preparación (acitretin o excipientes) o a otros retinoides.
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de psoriasis recalcitrante grave (incluyendo psoriasis en placa, en gota, eritrodérmica palmar, plantar y pustular) Y el paciente debe haber probado y fracasado, tener contraindicación o intolerancia 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)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un dermatólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ADALIMUMAB-ADBIM

## Productos Afectados

- *adalimumab-adbm (2 pen)* mg/0.2ml, 20 mg/0.4ml, 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml
- *adalimumab-adbm (2 syringe)* mg/0.8ml
- *subcutaneous prefilled syringe kit 10*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	<p>Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide de moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular de moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, E.) Psoriasis en placas crónica de moderada a grave en pacientes que son candidatos para terapia sistémica o fototerapia y cuando otras terapias sistémicas son médicamente menos apropiadas, F.) Enfermedad de Crohn de moderada a grave, G.) Colitis ulcerativa de moderada a grave, H.) Uveítis no infecciosa (incluyendo intermedia, posterior y panuveítis), o I.) Hidradenitis supurativa de moderada a grave. Para artritis reumatoide activa de moderada a grave: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, una intolerancia o tiene una contraindicación al methotrexate (MTX) o a los corticosteroides. Para espondilitis anquilosante activa: el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (NSAID). Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo para nuevos comienzos): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (BSA) está afectada O las áreas cruciales del cuerpo (por ejemplo, pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas, cuero cabelludo) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes criterios: a) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (por ejemplo, al menos el 10 % del BSA o las áreas cruciales del cuerpo [por ejemplo, manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas)</p>
<b>Restricciones de edad</b>	<p>Para artritis idiopática juvenil: Mayores de 2 años. Para enfermedad de Crohn pediátrica: Mayores de 6 años. Para hidradenitis supurativa: Mayores de 12 años. Para uveítis: Mayores de 2 años. Para colitis</p>

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
	ulcerativa: Mayores de 5 años. Para todas las otras indicaciones, mayores de 18 años.
<b>Restricciones de proveedor</b>	1) Para PsO e HS: Dermatólogo, 2) Para CD y UC: Gastroenterólogo, 3) Para uveítis: Oftalmólogo, 4) Para RA, PJIA, y AS: Reumatólogo, 5) Para PsA: Dermatólogo o reumatólogo.
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Solo para pacientes que no recibieron terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene estatus negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor de 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax. Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ADEMPAS

---

## Productos Afectados

- ADEMPAS

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Pending CMS Review
<b>Información Médica Requerida</b>	Pending CMS Review
<b>Restricciones de edad</b>	Pending CMS Review
<b>Restricciones de proveedor</b>	Pending CMS Review
<b>Duración de Cobertura</b>	Pending CMS Review
<b>Otros Criterios</b>	Pending CMS Review
<b>Indicaciones</b>	Pending CMS Review
<b>Usos no indicados</b>	Pending CMS Review
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	Pending CMS Review
<b>Terapia previa requerida</b>	Pending CMS Review

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# AFINITOR

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Hipersensibilidad al everolimus, o B.) Hipersensibilidad a los derivados de rapamycin (por ejemplo, sirolimus)
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Angiomiolipoma renal y complejo de 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 en combinación 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 de esclerosis tuberosa en pacientes que no son candidatos a operación curativa
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo o neurólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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, según lo detectara una prueba aprobada por la FDA, Y utilizado en combinación con prednisone
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ALECENSA

---

## Productos Afectados

- ALECENSA

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A) cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), según lo detectara una prueba aprobada por la FDA, o B) tratamiento adyuvante en pacientes adultos después de la resección tumoral de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), según lo detectara una prueba aprobada por la FDA.
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ALOSETRON

## Productos Afectados

- *alose tron hcl*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	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
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de síndrome del intestino irritable con predominio de diarrea grave predominante en mujeres que no han respondido adecuadamente a la terapia convencional
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ALUNBRIG

---

## Productos Afectados

- ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG
- ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK) según lo detectara una prueba aprobada por la FDA
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# AMBRISENTAN

---

## Productos Afectados

- *ambrisentan*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Fibrosis pulmonar idiopática (IPF), incluyendo los que tienen hipertensión pulmonar
<b>Información Médica Requerida</b>	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.)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Continuación de la terapia: el paciente tolera y responde al medicamento y tiene capacidad mejorada de ejercicio o un retraso en el empeoramiento clínico.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ARIKAYCE

---

## Productos Afectados

- ARIKAYCE

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Sensibilidad conocida a cualquier aminoglucósido
<b>Información Médica Requerida</b>	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)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas o neumólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ATYPICALS

## Productos Afectados

- CAPLYTA
- FANAPT
- FANAPT TITRATION PACK A
- FANAPT TITRATION PACK B
- FANAPT TITRATION PACK C
- LYBALVI
- REXULTI
- SECUADO
- VERSACLOZ
- VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 FDA y el paciente no puede tomar por lo menos dos antipsicóticos atípicos orales genéricos (risperidone, tabletas de clozapine, olanzapine, quetiapine fumarate IR, ziprasidone, asenapine, paliperidone) 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 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 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).
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetados por o en consulta con un psiquiatra
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# AUGTYRO

## Productos Afectados

- AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de pulmón de células no pequeñas ROS1 positivo, localmente avanzado o metastásico, o B.) tumores sólidos que tengan una fusión del gen NTRK y sean localmente avanzados, metastásicos o donde sea posible que la extirpación quirúrgica dé como resultado morbilidad grave, y hayan avanzado después del tratamiento o no tengan una terapia alternativa satisfactoria
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 12 años para la indicación en caso de tumores sólidos que tengan una fusión del gen NTRK y sean localmente avanzados, metastásicos o donde sea posible que la extirpación quirúrgica dé como resultado morbilidad grave, y hayan avanzado después del tratamiento o no tengan una terapia alternativa satisfactoria
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# AUSTEDO

## Productos Afectados

- AUSTEDO
- AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG
- AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Alguna de las siguientes condiciones: A.) Ideación suicida o depresión no tratada o tratada inadecuadamente en un paciente con enfermedad de Huntington, B.) Insuficiencia hepática, C.) Uso simultaneo de MAOI, reserpine, tetrabenazine o valbenazine
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Corea asociada con enfermedad de Huntington (corea de Huntington) o B.) Discinesia tardía
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un neurólogo o un psiquiatra o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# AUVELITY

## Productos Afectados

- AUVELITY

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes: A.) Trastorno convulsivo. B) Diagnóstico actual o anterior de bulimia o anorexia nerviosa, C) Interrupción abrupta de alcohol, benzodiazepines, barbitúricos y medicamentos antiepilépticos, o D) Uso con un MAOI o en el plazo de 14 días después de suspender el tratamiento con AUVELITY. No use AUVELITY en el plazo de 14 días después de suspender un MAOI.
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de trastorno depresivo mayor Y falta de respuesta, contraindicación o intolerancia a por lo menos 2 alternativas genéricas como SSRI, SNRI o antidepresivos tricíclicos o las alternativas genéricas no se recomiendan basándose en directrices o literatura clínica publicadas
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetados por o en consulta con un psiquiatra
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# AVMAPKI FAKZYNJA

---

## Productos Afectados

- AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de ovario seroso de bajo grado (LGSOC) recurrente con mutación de KRAS en pacientes adultas que recibieron terapia sistémica anterior.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# AYVAKIT

## Productos Afectados

- AYVAKIT

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Tumor del estroma gastrointestinal inoperable o metastásico, con una mutación del exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de 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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo, alergólogo o inmunólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# BALVERSA

---

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 susceptibles confirmadas por una prueba de diagnóstico aprobada por la FDA, y 2.) El paciente progresó durante o siguiendo por lo menos una línea de terapia sistémica anterior
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o urólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# BENLYSTA

---

## Productos Afectados

- BENLYSTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Lupus eritematoso sistémico (SLE) activo y con autoanticuerpos positivos o B) Nefritis activa por lupus y el paciente está recibiendo la terapia estándar (corticosteroides, antimaláricos, NSAID, inmunosupresores)
Restricciones de edad	Mayor de 5 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un nefrólogo o un reumatólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# BESREMI

## Productos Afectados

- BESREMI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# BEXAROTENE ORAL

---

## Productos Afectados

- *bexarotene*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
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 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# BOSENTAN

## Productos Afectados

- *bosentan oral tablet*
- *bosentan oral tablet soluble*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Terapia concomitante con cyclosporine A o glyburide
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (grupo I de OMS) y el paciente tiene la clase II-IV funcional según la Asociación del Corazón 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, adulto mayor, etc.). En pacientes pediátricos con PAH idiopática o congénita para mejorar la resistencia vascular pulmonar (PVR).
<b>Restricciones de edad</b>	Para PAH idiopática o congénita: Mayor de 3 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	Inicial: 6 meses, Renovación: 12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# BOSULIF

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# BRAFTOVI

## Productos Afectados

- BRAFTOVI

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) melanoma no resecable o metastásico con mutación BRAF V600E o V600K según lo detectara una prueba aprobada por la FDA y usado en combinación con binimetinib, B.) cáncer colorrectal metastásico con mutación BRAF V600E documentada según lo detectara una prueba aprobada por la FDA Y usado en combinación con cetuximab O usado en combinación con cetuximab y mFOLFOX6 (fluorouracil, leucovorin y oxaliplatino). C.) Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico con una mutación BRAF V600E según lo detectara una prueba aprobada por la FDA y usado en combinación con binimetinib
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# BRIVIACT

---

## Productos Afectados

- BRIVIACT ORAL SOLUTION
- BRIVIACT ORAL TABLET

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	Mayor de 1 mes de edad
Restricciones de proveedor	Recetado por un neurólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# BRONCHITOL

---

## Productos Afectados

- BRONCHITOL TOLERANCE TEST

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 un 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# BRUKINSA

## Productos Afectados

- BRUKINSA ORAL CAPSULE
- BRUKINSA ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 (por ejemplo, rituximab, obinutuzumab, ofatumumab), 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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# CABOMETYX

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma avanzado de células renales, B.) Carcinoma hepatocelular (HCC) avanzado y se trató antes al paciente con sorafenib, C.) Carcinoma avanzado de células renales y usado como tratamiento de primera línea en combinación con nivolumab, o D.) tratamiento de adultos y pacientes pediátricos mayores de 12 años con cáncer de tiroides diferenciado metastásico o localmente avanzado que progresó después de la terapia dirigida con VEGFR (por ejemplo, Axitinib, Lenvatinib, Pazopanib, Sorafenib, Sunitinib, vandetanib) y que son refractarios al yodo radiactivo o no son elegibles, E.) Tumores neuroendocrinos pancreáticos bien diferenciados (pNET) que se trataron antes, irresecables, localmente avanzados o metastásicos, F.) Tumores neuroendocrinos extrapancreáticos bien diferenciados (epNET) que se trataron antes, irresecables, localmente avanzados o metastásicos.
<b>Restricciones de edad</b>	Carcinoma avanzado de las células renales, carcinoma hepatocelular avanzado: Mayores de 18 años. Todas las demás indicaciones, mayores de 12 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 antes por lo menos 1 año de terapia, B.) Leucemia linfocítica crónica (CLL), C.) Leucemia linfocítica de células pequeñas (SLL) o D.) Combinado con bendamustine y rituximab para tratamiento de pacientes adultos con linfoma de las células del manto (MCL) no tratada antes y que no son elegibles para trasplante autónomo de células madre hematopoyéticas (HSCT).
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# CAMZYOS

---

## Productos Afectados

- CAMZYOS

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante de inhibidores potentes de CYP2C19, inductores moderados a potentes de CYP2C19 o inductores moderados a potentes de CYP3A4
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica obstructiva (HCM) sintomática de clase II-III según New York Heart Association (NYHA) en pacientes adultos
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un cardiólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	12 Meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 el paciente tiene una infección pulmonar por Pseudomonas aeruginosa confirmada por cultivo positivo
Restricciones de edad	Mayores de 7 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un neumólogo o un especialista en enfermedades infecciosas
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# 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 un neurólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 en un laboratorio del sueño, B.) Narcolepsia confirmada por una evaluación en un laboratorio del sueño, o C.) Trastorno por trabajo por 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# COBENFY

## Productos Afectados

- COBENFY
- COBENFY STARTER PACK

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Alguna de las siguientes condiciones: A.) Retención urinaria, B.) Deficiencia hepática moderada a grave, C.) Retención gástrica, D.) Historia de hipersensibilidad a COBENFY o cloruro de trospio, E.) Glaucoma de ángulo estrecho no tratado
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de esquizofrenia y el paciente ha probado y fracasado o tiene intolerancia a al menos dos antipsicóticos atípicos genéricos orales (risperidone, clozapine en tabletas, olanzapine, quetiapine fumarate IR, ziprasidone, asenapine, paliperidone)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetados por o en consulta con un psiquiatra
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 en recaída o refractaria (CLL), o B.) Leucemia linfocítica de células pequeñas en recaída o refractaria (SLL). En el caso de la CLL o la SLL, el paciente debe tener una historia de al menos 2 terapias anteriores
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# CORLANOR

## Productos Afectados

- CORLANOR

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes: A.) Insuficiencia cardíaca aguda descompensada, B.) hipotensión (por ejemplo, presión menor a 90/50 mmHg), C.) síndrome del nodo 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 (Child-Pugh C), F.) Dependiente de marcapasos (la frecuencia cardíaca se mantiene exclusivamente por el marcapasos), G.) Uso concomitante de inhibidores fuertes del CYP3A4
<b>Información Médica Requerida</b>	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, que estén en ritmo sinusal con frecuencia cardíaca en reposo de 70 latidos por minuto o más, y que tengan dosis máximamente toleradas de betabloqueadores o que tengan una contraindicación para el uso de betabloqueadores, o B.) Pacientes pediátricos con insuficiencia cardíaca sintomática estable debido a miocardiopatía dilatada y que estén en ritmo sinusal con frecuencia cardíaca elevada
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# COSENTYX\_2

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Espondilitis anquilosante, B.) Psoriasis en placas de moderada a grave en adultos, C.) Psoriasis en placas 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. Para la espondilitis anquilosante y la espondiloartritis axial no radiográfica: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (NSAID). Para la psoriasis en placas de moderada a grave: 1) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada O las áreas cruciales del cuerpo (por ejemplo, pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, cyclosporine o acitretin está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (por ejemplo, al menos el 10 % de la BSA o las áreas cruciales del cuerpo [por ejemplo, manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas)
<b>Restricciones de edad</b>	4 años para JIA. 2 años para PSA y 6 años para PsO
<b>Restricciones de proveedor</b>	Para PsO y HS: Dermatólogo 1) PsA: dermatólogo o reumatólogo, 2)RA, nr-axSpA y AS: reumatólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Otros Criterios</b>	Solo para pacientes que no recibieron terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene estatus negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor de 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax. Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# COTELLIC

---

## Productos Afectados

- COTELLIC

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# CRESEMBA

## Productos Afectados

- CRESEMBA

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes: 1.) Coadministración con inhibidores potentes de CYP3A4, como ketoconazole o ritonavir en dosis altas, 2.) Coadministración con inductores potentes de CYP3A4, como rifampin, carbamazepine, hierba de San Juan o barbitúricos de acción prolongada, 3.) Uso en pacientes con síndrome de QT corto familiar
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de mucormicosis invasiva o aspergilosis invasiva (IA) y el paciente tuvo una prueba o falta de respuesta a voriconazole, fluconazole o echinocandin.
<b>Restricciones de edad</b>	Mayor de 6 años y peso de por lo menos 16 kg (35.2 lb)
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas
<b>Duración de Cobertura</b>	6 meses
<b>Otros Criterios</b>	N/A
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# CYSTAGON

---

## Productos Afectados

- CYSTAGON

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# DALFAMPRIDINE

## Productos Afectados

- *dalfampridine er*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Historia de convulsiones. B.) Insuficiencia renal moderada o grave (la eliminación de creatinina es menor o igual a 50 mL/minuto)
<b>Información Médica Requerida</b>	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 dalfampridine
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un neurólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# DANZITEN

## Productos Afectados

- DANZITEN

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Alguna de las siguientes condiciones: A.) Hipocalemia, B.) Hipomagnesemia o C.) Síndrome de QT largo
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Leucemia mieloide crónica positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+ CML) en fase crónica o fase acelerada Y todas las siguientes: 1) el paciente es resistente o intolerante a una terapia anterior que incluyó imatinib, 2) el paciente tuvo un análisis mutacional antes del inicio y 3) la terapia es apropiada según la tabla de directrices de NCCN para recomendaciones de tratamiento basadas en el perfil de mutación de BCR-ABL1, o B) leucemia mieloide crónica positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+ CML) en fase crónica
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# DASATINIB

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 1 año
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# DAURISMO

---

## Productos Afectados

- DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML) recién diagnosticada y usado 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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# DAYBUE

---

## Productos Afectados

- DAYBUE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de síndrome de Rett
Restricciones de edad	Mayores de 2 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo o neurólogo pediatra
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# DEFERASIROX

## Productos Afectados

- *deferasirox*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Eliminación de creatinina menor a 40 mL/min, B.) Mal estado de desempeño, C.) Recuento de plaquetas menor a 50 x 10(9)/L, D.) Malignidad avanzada, E.) Síndrome mielodisplásico (MDS) de alto riesgo
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# DEFERIPRONE

---

## Productos Afectados

- *deferiprone*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Debe cumplir todos los siguientes: 1.) Diagnóstico de sobrecarga de hierro por transfusión debido a síndromes de talasemia, anemia falciforme u otras anemias, 2.) Fracaso de la terapia de quelación actual (por ejemplo, deferoxamine)
Restricciones de edad	Mayores de 8 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	Mayor de 6 meses y peso de más de 7 kg
Restricciones de proveedor	Recetado por un neurólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# DICLOFENAC PATCH

---

## Productos Afectados

- *diclofenac epolamine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de dolor agudo de 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# DIMETHYL FUMARATE

---

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: 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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un neurólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# DROXIDOPA

---

## Productos Afectados

- *droxidopa*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# DUPIXENT

## Productos Afectados

- DUPIXENT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Para el tratamiento inicial de dermatitis atópica (AD): 1) El paciente tiene una enfermedad de moderada a grave Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide o un inhibidor tópicos de la calcineurina, O los corticosteroides y los inhibidores tópicos de la calcineurina no son recomendables para el paciente. Para el asma dependiente de corticosteroides orales, terapia inicial: El paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con corticosteroides inhalados en dosis de medias a altas, a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a esas terapias. Para el asma de moderada a grave, terapia inicial: El paciente tiene un recuento de referencia de eosinófilos en la sangre de al menos 150 células por microlitro y el asma continúa estando inadecuadamente controlada a pesar del tratamiento actual con: corticosteroides inhalados, a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a esas terapias. C.) Pólipos nasales en pacientes con una respuesta inadecuada a los corticosteroides nasales. Para la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (CRSwNP): 1) El medicamento solicitado se usa como tratamiento de mantenimiento complementario Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento con corticosteroides intranasales. Para el trastorno de esofagitis eosinofílica, intolerancia o contraindicación a los PPI. Para pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica mal tratada y fenotipo eosinofílico, como tratamiento complementario de mantenimiento. Para el tratamiento del prurigo nodular. Para el tratamiento de pacientes adultos y pediátricos mayores de 12 años de edad con urticaria crónica espontánea (CSU) que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1.
Restricciones de edad	Para dermatitis atópica: Mayor de 6 meses, 2) Para asma: Mayor de 6 años, 3) Para CRSwNP: Mayor de 12 años, 4) Para PN y COPD: Mayor de 18 años, 5) Para EoE: Mayor de 1 año, peso de por lo menos 15 kg, o 5) Para urticaria crónica espontánea (CSU): Mayores de 12 años.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un alergólogo, un dermatólogo, un gastroenterólogo, un inmunólogo, un otorrinolaringólogo, un neumólogo o un reumatólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# EMGALITY

---

## Productos Afectados

- EMGALITY
- EMGALITY (300 MG DOSE)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pending CMS Review
Información Médica Requerida	Pending CMS Review
Restricciones de edad	Pending CMS Review
Restricciones de proveedor	Pending CMS Review
Duración de Cobertura	Pending CMS Review
Otros Criterios	Pending CMS Review
Indicaciones	Pending CMS Review
Usos no indicados	Pending CMS Review
Prerrequisito de la Parte B	Pending CMS Review
Terapia previa requerida	Pending CMS Review

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# EMSAM

## Productos Afectados

- EMSAM

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Alguna de las siguientes condiciones: A.) Uso concomitante con cualquiera de los siguientes: SSRI, SNRI, clomipramine, imipramine, meperidine, tramadol, methadone, pentazocine, propoxyphene, dextromethorphan, carbamazepine, o B.) Feocromocitoma
<b>Información Médica Requerida</b>	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 la recaptación de serotonina, inhibidores selectivos de la recaptación de 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)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetados por o en consulta con un psiquiatra
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ENBREL

## Productos Afectados

- ENBREL
- ENBREL SURECLICK
- ENBREL MINI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Artritis reumatoide de moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular de moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, o E.) Psoriasis crónica en placas de moderada a grave en pacientes que son candidatos a terapia sistémica o fototerapia. Para artritis reumatoide activa de moderada a grave: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, una intolerancia o tiene una contraindicación al methotrexate (MTX) o a los corticosteroides. Para espondilitis anquilosante activa: el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, una intolerancia o tiene una contraindicación a un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (NSAID). Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo para nuevos casos): 1) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada O las áreas cruciales del cuerpo (por ejemplo, pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas, cuero cabelludo) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes criterios: a) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, cyclosporine o acitretin está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica una terapia biológica como primera elección (por ejemplo, al menos el 10 % de la BSA o las áreas cruciales del cuerpo [por ejemplo, manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	2 años para JIA y PsA y 4 años para PsO
Restricciones de proveedor	1) Para RA, PJIA, AS: Reumatólogo, 2) Para PsA: Dermatólogo o reumatólogo, 3) Para PsO: Dermatólogo.
Duración de Cobertura	12 meses

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Otros Criterios</b>	Solo para pacientes que no recibieron terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene estatus negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor de 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax. Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ENSPRYNG

---

## Productos Afectados

- ENSPRYNG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 de esclerosis tuberosa (TSC)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por un neurólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# EPOETIN THERAPY

## Productos Afectados

- RETACRIT

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes: A.) Hipertensión no controlada, B.) Aplasia pura de glóbulos rojos (PRCA) que comienza después del tratamiento con medicamentos de proteína de eritropoyetina.
<b>Información Médica Requerida</b>	Debe cumplir todos los siguientes criterios. 1) Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Enfermedad neoplásica no mieloide y se usa para el tratamiento de anemia inducida por quimioterapia, B.) Infección por VIH y se usa para el tratamiento de anemia inducida por zidovudine, C.) Enfermedad renal crónica, lo que genera anemia, o D.) Estatus de candidato de alto riesgo quirúrgico con riesgo de pérdida de sangre perioperatorio y que se hará una operación electiva, no cardíaca o no vascular, 2) Niveles de hemoglobina antes del tratamiento menores a 10 g/dL, 3) Reducción o interrupción de la dosis si la hemoglobina supera los 10 g/dL (CKD que no está en diálisis para adultos, cáncer), 11 g/dL (CKD en diálisis), 12 g/dL (CKD pediátrica), y 4) Pacientes con hemoglobina perioperatoria mayor a 10 g/dL y menor o igual a 13 g/dL que tienen programada una operación electiva, no cardíaca y no vascular
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	6 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ERIVEDGE

---

## Productos Afectados

- ERIVEDGE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
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	Recetado por o en consulta con un hematólogo 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ERLEADA

---

## Productos Afectados

- ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O 2) el paciente recibió una orquiectomía bilateral
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o urólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ERLOTINIB

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 de células no pequeñas localmente avanzado o metastásico con deleciones en el exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones de sustitución en el exón 21 (L858R) según lo detectara una prueba aprobada por la 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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ERZOFRI

## Productos Afectados

- ERZOFRI INTRAMUSCULAR MG/1.5ML, 351 MG/2.25ML, 39  
SUSPENSION PREFILLED SYRINGE MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML  
117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Esquizofrenia 2) Trastorno esquizoafectivo
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un psiquiatra
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ESLICARBAZEPINE

---

## Productos Afectados

- *eslicarbazepine acetate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial
Restricciones de edad	Mayores de 4 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un neurólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# EUCRISA

---

## Productos Afectados

- EUCRISA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de dermatitis atópica de leve a moderada y el paciente hizo la prueba o falta de respuesta a 1 corticosteroide tópico genérico (por ejemplo, ungüento de acetónido de fluocinolona 0.025 %, crema de propionato de fluticasona 0.05 %) o inhibidor de calcineurina tópico genérico (por ejemplo, ungüento tacrolimus, crema pimecrolimus)
Restricciones de edad	Mayor de 3 meses de edad
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un dermatólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	N/A
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# EULEXIN

---

## Productos Afectados

- EULEXIN

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Insuficiencia hepática grave.
<b>Información Médica Requerida</b>	Usado en combinación con un agonista de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) y un diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Etapa B2 a C localmente confinado que comienza ocho semanas antes de iniciar la radioterapia y continúa durante la misma, o B.) cáncer de próstata metastásico en etapa D2.
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# EVEROLIMUS SUSPENSION

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Hipersensibilidad al everolimus, o B.) Hipersensibilidad a los derivados de rapamycin (por ejemplo, sirolimus)
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Complejo de esclerosis tuberosa (TSC) astrocitoma subependimario de células gigantes (SEGA) que exige intervención terapéutica, pero que no puede ser resección curativa, B.) Convulsiones de inicio parcial asociadas a TSC como tratamiento adyuvante.
<b>Restricciones de edad</b>	TSC con SEGA: Mayor de 1 año. Convulsiones de inicio parcial asociadas con TSC: Mayor de 2 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo o neurólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# FASENRA

## Productos Afectados

- FASENRA
- FASENRA PEN

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Asma grave con fenotipo eosinofílico Y recuento de eosinófilos en sangre mayor que 150 células/mcl o el paciente depende de corticosteroides sistémicos O los síntomas no se controlan adecuadamente con corticosteroides inhalados. 2) Granulomatosis eosinofílica con poliangitis (EGPA)
<b>Restricciones de edad</b>	Para asma: Mayores de 6 años. Para EGPA: Mayores de 18 años.
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un alergólogo, un dermatólogo, un inmunólogo, un otorrinolaringólogo, un neumólogo o reumatólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# FEBUXOSTAT

## Productos Afectados

- *febuxostat*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante de azathioprine o mercaptopurine
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# FINTEPLA

---

## Productos Afectados

- FINTEPLA

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes: A.) Uso en un plazo de 14 días después de administrar inhibidores de monoamino oxidasa, B.) Enfermedad valvular cardíaca C.) Hipertensión arterial pulmonar
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una o ambas de las siguientes: Síndrome de Dravet, síndrome de Lennox-Gastaut
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 2 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un neurólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# FRUZAQLA

---

## Productos Afectados

- FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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.) una terapia anti-VEGF, y C.) si RAS de tipo normal (wild-type) y medicamento apropiado, el paciente también se ha tratado previamente con terapia anti-EGFR
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# 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	3 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 adyuvante. El miembro debe tener historia de respuesta inadecuada, contraindicaciones o intolerancia a levetiracetam antes de la aprobación.
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 de células no pequeñas (NSCLC) metastásico con fusión positiva en RET según lo detectara una prueba aprobada por la 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 radiactivo, cuando el yodo radiactivo 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# GEFITINIB

## Productos Afectados

- *gefitinib*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico y se deben cumplir todos los siguientes: 1.) El tumor tiene deleciones en el exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones de sustitución en el exón 21 (L858R) según lo detectara una prueba aprobada por la FDA o un centro aprobado por las Enmiendas para mejora de laboratorios clínicos, y 2.) Se usa como tratamiento de primera línea
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 de células no pequeñas (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 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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# GLATIRAMER

---

## Productos Afectados

- *glatiramer acetate*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Formas recurrentes de esclerosis múltiple (por ejemplo, síndrome clínicamente aislado, MS recurrente-remitente, enfermedad progresiva activa secundaria) o B.) El paciente tuvo un primer episodio clínico y tiene características de MRI congruentes con esclerosis múltiple
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un neurólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# GLP1

## Productos Afectados

- MOUNJARO
- OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)
- OZEMPIC (1 MG/DOSE)
- OZEMPIC (2 MG/DOSE)
- RYBELSUS
- RYBELSUS (FORMULATION R2)
- TRULICITY

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Se usa para bajar de peso. Solo Ozempic: El paciente tiene historia personal o familiar de MTC o en pacientes con síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN 2)
<b>Información Médica Requerida</b>	Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la FDA
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# GOMEKLI

---

## Productos Afectados

- GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG
- GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico y tratamiento de la neurofibromatosis tipo 1 en pacientes adultos y pediátricos mayores de 2 años de edad que tienen neurofibromas plexiformes sintomáticos que no se pueden extirpar completamente.
Restricciones de edad	Mayores de 2 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# GROWTH HORMONE

## Productos Afectados

- OMNITROPE

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Uso para promoción del crecimiento en pacientes pediátricos con epífisis cerrada, B.) Enfermedad crítica aguda 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
<b>Información Médica Requerida</b>	Declaración de respaldo del médico para el diagnóstico
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo o nefrólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HADLIMA

## Productos Afectados

- HADLIMA
- HADLIMA PUSH TOUCH

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 de moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, E.) Enfermedad de Crohn de moderada a grave, F.) Colitis ulcerativa de moderada a grave, G.) Uveítis no infecciosa (incluyendo intermedia, posterior y panuveítis), H.) Hidradenitis supurativa moderada a grave, o I.) 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. Para artritis reumatoide activa de moderada a grave: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, una intolerancia o tiene una contraindicación al methotrexate (MTX) o a los corticosteroides. Para espondilitis anquilosante activa: el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, una intolerancia o contraindicación a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (NSAID). Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo para nuevos comienzos): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (BSA) está afectada O las áreas cruciales del cuerpo (por ejemplo, pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas, cuero cabelludo) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes criterios: a) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (por ejemplo, al menos el 10 % del BSA o las áreas cruciales del cuerpo [por ejemplo, manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas)
Restricciones de edad	Para artritis idiopática juvenil: Mayores de 2 años. Para enfermedad de Crohn pediátrica: Mayores de 6 años. Para todas las otras indicaciones, mayores de 18 años.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Restricciones de proveedor</b>	1) Para PsO y HS: Dermatólogo, 2) Para CD y UC: Gastroenterólogo, 3) Para uveítis: Oftalmólogo, 4) Para RA, PJIA, y AS: Reumatólogo, 5) Para PsA: Dermatólogo o reumatólogo.
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Solo para pacientes que no recibieron terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene estatus negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor de 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax. Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

# HEPATITIS B

## Productos Afectados

- *adefovir dipivoxil*
- BARACLUDE
- VEMLIDY

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de hepatitis B crónica 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.
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HEPATITIS C

## Productos Afectados

- *ledipasvir-sofosbuvir*
- MAVYRET ORAL PACKET
- MAVYRET ORAL TABLET
- *sofosbuvir-velpatasvir*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Debe enviar documentación del genotipo de la hepatitis C crónica (confirmado por el nivel de ARN del HCV en los últimos 6 meses). Debe enviar los resultados de laboratorio en el 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. El genotipo y el subtipo no son necesarios para: (1) tratamiento inicial para pacientes sin cirrosis si usan Sofosbuvir-Velpatasvir o Mavyret, (2) tratamiento para pacientes con cirrosis compensada si usan Mavyret O (3) pacientes con hepatitis C aguda que usan Mavyret.
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas
<b>Duración de Cobertura</b>	Duración de la aprobación según las directrices de AASLD
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HERNEXEOS

---

## Productos Afectados

- HERNEXEOS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) no escamoso, irresecable o metastásico, cuyos tumores tienen mutaciones activadoras en el dominio de tirosina cinasa HER2 (ERBB2), detectadas con una prueba aprobada por la FDA, y que han recibido terapia sistémica previa.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o bajo 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HRM - ADHD CARDIOVASCULAR

## Productos Afectados

- guanfacine hcl er

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 que no son HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): atomoxetine, dexamethylphenidate, methylphenidate
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HRM - ANALGESICS

---

## Productos Afectados

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

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 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# HRM - ANTI-ARRHYTHMICS

## Productos Afectados

- DIGOXIN ORAL SOLUTION
- digoxin oral tablet 250 mcg*

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 que no son 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HRM - ANTICHOLINERGIC

---

## Productos Afectados

- *chlordiazepoxide-clidinium*

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 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HRM - ANTIDEPRESSANTS

## Productos Afectados

- chlordiazepoxide-amitriptyline*

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 que no son HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): mirtazapine, trazodone, fluoxetine, escitalopram, fluvoxamine, desvenlafaxine, duloxetine, sertraline, venlafaxine, bupropion
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HRM - ANTIHISTAMINES

## Productos Afectados

- *hydroxyzine hcl*
- *hydroxyzine pamoate*
- *promethazine hcl*
- *promethegan*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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.
<b>Restricciones de edad</b>	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Alternativas que no son HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) PARA EL MANEJO DE CONDICIONES ALÉRGICAS: desloratadine, cetirizine en jarabe, levocetirizine. PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD/SEDACIÓN: buspirone, trazodone. PARA EL MANEJO DE LAS NÁUSEAS/VÓMITOS: granisetron, ondansetron
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Debe cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la FDA, 2.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo. Para todas las indicaciones: el proveedor que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento con receta supera los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: La Sociedad Americana de Geriátría (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o bajo un monitoreo cuidadoso.) Para el manejo de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se está usando simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI se vuelva eficaz para los síntomas de ansiedad, O 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), b) inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI)
<b>Restricciones de edad</b>	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HRM - MEGESTROL

---

## Productos Afectados

- *megestrol acetate*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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.
<b>Restricciones de edad</b>	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Alternativas no relacionadas con los HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): dronabinol
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HRM - PCD - BENZODIAZEPINES

## Productos Afectados

- *clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg*
- *clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg*
- *clorazepate dipotassium*
- *diazepam intensol*
- *diazepam oral solution*
- *diazepam oral tablet*
- *lorazepam intensol*
- *lorazepam oral concentrate*
- *lorazepam oral tablet*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de trastorno convulsivo o debe cumplir con todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la FDA, 2.) El médico que receta certifica la necesidad médica de usar este medicamento de alto riesgo. Para todas las indicaciones: el proveedor que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento con receta supera los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: La Sociedad Americana de Geriátría (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo un monitoreo cuidadoso.) Para el manejo de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento que se solicita se está usando simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI se vuelva eficaz para los síntomas de ansiedad, O 2) El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), b) inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI).
<b>Restricciones de edad</b>	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HRM - SEDATIVE HYPNOTICS

## Productos Afectados

- *eszopiclone*
- *zaleplon*
- *zolpidem tartrate*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Debe cumplir todos los siguientes: 1.) Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la FDA, 2.) El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a doxepin (3 mg o 6 mg)3.) El proveedor que receta debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento con receta supera los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: La Sociedad Americana de Geriátrica (American Geriatrics Society) identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo un monitoreo cuidadoso.)
<b>Restricciones de edad</b>	Aprobación automática si el miembro es menor de 65 años. Se necesita autorización previa para mayores de 65 años.
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Alternativas que no son HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): doxepin tabletas de 3 mg y 6 mg, mirtazipine, trazodone
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# HRM - SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

---

## Productos Afectados

- *cyclobenzaprine hcl*
- *orphenadrine citrate er*

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 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	12 Meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 negativo al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), positivo para receptores hormonales (HR), se ha usado en combinación con fulvestrant y la enfermedad ha avanzado después de terapia endocrina, o B.) Cáncer de mama avanzado o metastásico negativo al receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), positivo para receptores hormonales (HR) y se usó en combinación con un inhibidor de la aromatasa en pacientes hombres o mujeres como terapia endocrina inicial, o C.) Cáncer de mama localmente avanzado o metastásico, con mutación de PIK3CA, positivo para receptores hormonales y HER2 negativo, resistente a los fármacos endocrinos, en combinación con inavolisib y fulvestrant, después de la recurrencia en el tratamiento endocrino adyuvante o después de haberlo completado
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# IBTROZI

---

## Productos Afectados

- IBTROZI

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 ROS1 positivo según lo detectó una prueba aprobada por la 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	12 Meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# ICLUSIG

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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) de reciente diagnóstico, en combinación con quimioterapia, o D) Ph+ ALL en pacientes adultos positivos para T315I o para los que no esté indicado ningún otro tratamiento inhibidor de la tirosina cinasa
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 FDA
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# IMATINIB

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia mielógena crónica positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+ CML), B.) Leucemia linfoblástica aguda (ALL) Ph+, 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 con 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 reordenamientos 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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un alergólogo, hematólogo u oncólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# IMBRUVICA

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 delección 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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# IMKELDI

## Productos Afectados

- IMKELDI

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 (ALL) Ph+, 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 con 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 reordenamientos 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	Recetado por o en consulta con un alergólogo, hematólogo 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# IMPAVIDO

---

## Productos Afectados

- IMPAVIDO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Síndrome de Sjogren-Larsson
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leishmaniasis visceral causada por Leishmania donovani, B.) Leishmaniasis cutánea causada por Leishmania braziliensis, Leishmania guyanensis y Leishmania panamensis, o C.) Leishmaniasis de las mucosas causada por Leishmania braziliensis
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# INCRELEX

## Productos Afectados

- INCRELEX

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Malignidad activa o sospecha de malignidad, B.) Uso para promoción del crecimiento en pacientes con epífisis cerradas, o C.) Administración intravenosa
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Deficiencia grave primaria del factor de crecimiento semejante a la insulina 1 (IGF-1) y se usa 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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 2 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# INJECTABLE TESTOSTERONE

## Productos Afectados

- *testosterone cypionate*
- *testosterone enanthate*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Alguna de las siguientes condiciones: A.) Carcinoma de mama (solo hombres) o B.) Carcinoma de la próstata, conocido o sospechado
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Hipogonadismo hipogonadotrópico, B) Cáncer de mama metastásico inoperable en mujeres 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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# INLYTA

## Productos Afectados

- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG

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	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# INQOVI

## Productos Afectados

- INQOVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de síndromes mielodisplásicos (MDS), incluyendo aquellos 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 Pronóstica
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 (después de policitemia vera o trombocitemia esencial).
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 esquizofrenia 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 psiquiatra
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# INVEGA SUSTENNA

---

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pending CMS Review
Información Médica Requerida	Pending CMS Review
Restricciones de edad	Pending CMS Review
Restricciones de proveedor	Pending CMS Review
Duración de Cobertura	Pending CMS Review
Otros Criterios	Pending CMS Review
Indicaciones	Pending CMS Review
Usos no indicados	Pending CMS Review
Prerrequisito de la Parte B	Pending CMS Review
Terapia previa requerida	Pending CMS Review

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# INVEGA TRINZA

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Se deben cumplir todos los siguientes: A.) Diagnóstico de esquizofrenia y B.) Se estableció un tratamiento adecuado con Invega Sustenna durante al menos 4 meses
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un psiquiatra
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# ITOVEBI

---

## Productos Afectados

- ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de mama metastásico o localmente avanzado, resistente a tratamiento endocrino, con receptor hormonal positivo, HER2 negativo y mutación de PIK3CA, que se usa en combinación con palbociclib y fulvestrant.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ITRACONAZOLE

## Productos Afectados

- *itraconazole*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	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), o D.) Insuficiencia renal o hepática y uso concomitante de colchicine, fesoterodine, o solifenacin
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Infección fúngica sistémica (por ejemplo, aspergilosis, histoplasmosis, blastomycosis), o B.) Onicomycosis confirmada por uno de los siguientes: preparación de hidróxido de potasio (KOH) positiva, cultivo de hongos o biopsia de uñas
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	6 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# IVABRADINE

## Productos Afectados

- *ivabradine hcl*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes: A.) Insuficiencia cardíaca aguda descompensada, B.) hipotensión (por ejemplo, presión menor a 90/50 mmHg), C.) síndrome del nodo 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 (Child-Pugh C), F.) Dependiente de marcapasos (la frecuencia cardíaca se mantiene exclusivamente por el marcapasos), G.) Uso concomitante de inhibidores fuertes del CYP3A4
<b>Información Médica Requerida</b>	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, que estén en ritmo sinusal con frecuencia cardíaca en reposo de 70 latidos por minuto o más, y que tengan dosis máximamente toleradas de betabloqueadores o que tengan una contraindicación para el uso de betabloqueadores, o B.) Pacientes pediátricos con insuficiencia cardíaca sintomática estable debido a miocardiopatía dilatada y que estén en ritmo sinusal con frecuencia cardíaca elevada
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 anterior con múltiples agentes y modalidades, incluyendo inmunoterapia anti-GD2
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# JAKAFI

## Productos Afectados

- JAKAFI

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 hydroxyurea, 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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo, hematólogo o médico de trasplantes.
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# JAYPIRCA

## Productos Afectados

- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 anteriores, incluyendo un inhibidor de la tirosina cinasa de Bruton y un inhibidor del linfoma de células B 2.
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# JOENJA

---

## Productos Afectados

- JOENJA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico del síndrome de la fosfatidilinositol-3cinasa (PI3K) delta activada
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# KALYDECO

---

## Productos Afectados

- KALYDECO

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 ensayos clínicos o in vitro
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	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)
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# KERENDIA

---

## Productos Afectados

- KERENDIA

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Pending CMS Review
<b>Información Médica Requerida</b>	Pending CMS Review
<b>Restricciones de edad</b>	Pending CMS Review
<b>Restricciones de proveedor</b>	Pending CMS Review
<b>Duración de Cobertura</b>	Pending CMS Review
<b>Otros Criterios</b>	Pending CMS Review
<b>Indicaciones</b>	Pending CMS Review
<b>Usos no indicados</b>	Pending CMS Review
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	Pending CMS Review
<b>Terapia previa requerida</b>	Pending CMS Review

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# KESIMPTA

---

## Productos Afectados

- KESIMPTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Infección HBV activa
Información Médica Requerida	Formas recurrentes de esclerosis múltiple (MS) que incluyen síndrome clínicamente aislado, enfermedad recurrente-remitente y enfermedad progresiva activa secundaria.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un neurólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# KINERET

## Productos Afectados

- KINERET

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) en adultos hospitalizados
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Artritis reumatoide (RA) moderada a gravemente activa en pacientes con falta de respuesta a 1 o más medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD) y dos productos preferidos (por ejemplo, adalimumab-adbm, Hadlima, Orencia, Rinvoq, Simlandi), B.) Síndromes periódicos asociados con Cryopyrin (por ejemplo, enfermedad inflamatoria multisistémica de inicio neonatal), o C.) Deficiencia del antagonista del receptor de interleucina-1 (DIRA)
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Para RA: recetados o en consulta con un reumatólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Solo para pacientes que no recibieron terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene estatus negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor de 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# KISQALI

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: 1.) Cáncer de mama avanzado o metastásico positivo para receptor de hormonas (HR), negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) y uno de los siguientes: A.) El paciente es un hombre o una mujer pre o perimenopáusica y el medicamento que se pide se usará en combinación con un inhibidor de la aromatasas como tratamiento endocrino inicial, B.) El paciente es un hombre o una mujer pre o perimenopáusica y el medicamento que se pide se usará en combinación con un inhibidor de la aromatasas como tratamiento endocrino inicial, y el paciente tuvo progresión en la enfermedad, un evento adverso intolerable o contraindicación a Ibrance (palbociclib) o Verzenio (abemaciclib), C.) El medicamento que se pide se usará con fulvestrant como tratamiento endocrino inicial, o D.) El medicamento que se pide se usará con fulvestrant en adultos con progresión de la enfermedad después de recibir tratamiento endocrino y el paciente tuvo progresión de la enfermedad, un evento adverso intolerable o contraindicación a Ibrance (palbociclib) o Verzenio (abemaciclib), o 2.) Tratamiento adyuvante de adultos con cáncer de mama en estadio II y III temprano, positivo para receptor de hormonas (HR) y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), con alto riesgo de recurrencia, en combinación con un inhibidor de la aromatasas.
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 uno de los siguientes: A.) cáncer de mama avanzado o metastásico positivo para el receptor de hormonas (HR), negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y uno de los siguientes Y el paciente es una mujer pre o perimenopáusica o un hombre y el medicamento solicitado se usará como terapia endocrina inicial O la paciente es posmenopáusica, el medicamento solicitado se usará como terapia endocrina inicial y el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, un evento adverso intolerable o contraindicación para Ibrance (palbociclib) o Verzenio (abemaciclib), B.) Para el tratamiento adyuvante de adultos con cáncer de mama en estadio II y III temprano, positivo para receptor de hormonas (HR) y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), con alto riesgo de recurrencia.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# KORLYM

## Productos Afectados

- KORLYM

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes: A.) Coadministración con simvastatin, lovastatin o sustratos del CYP3A con rangos terapéuticos estrechos, B.) Tratamiento concomitante con corticosteroides sistémicos para enfermedades o condiciones médicas graves, C.) Historia de sangrado vaginal inexplicado, D.) Hiperplasia endometrial con atipia o carcinoma endometrial
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# KOSELUGO

---

## Productos Afectados

- KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG

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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# KRAZATI

---

## Productos Afectados

- KRAZATI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) localmente avanzado o metastásico con mutación KRAS G12C, según lo determinado mediante una prueba aprobada por la FDA y el paciente ha recibido al menos una terapia sistémica previa, o B.) Cáncer colorrectal localmente avanzado o metastásico con mutación KRAS G12C en combinación con cetuximab, según lo determinado mediante una prueba aprobada por la FDA, que haya recibido tratamiento previo con quimioterapia basada en fluoropyrimidine, oxaliplatín e irinotecan
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 anterior incluyendo una anthracycline, un taxane 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 un oncólogo o en su consulta
Duración de Cobertura	12 Meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# LAZCLUZE

---

## Productos Afectados

- LAZCLUZE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico localmente avanzado o metastásico con delección en exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones de sustitución del exón 21 L858R detectadas mediante una prueba aprobada en adultos y Lazcluze se usa como tratamiento de primera línea en combinación con amivantamab
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# LENALIDOMIDE

## Productos Afectados

- *lenalidomide*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
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 delección 5q o sin más anormalidades citogenéticas, D.) Linfoma de células del manto cuya enfermedad reapareció o avanzó después de dos terapias anteriores, 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	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de tiroides diferenciado localmente recurrente o metastásico, progresivo resistente al yodo radioactivo, B.) Carcinoma avanzado de células renales, en combinación con everolimus, después de una terapia antiangiogénica anterior, C.) Carcinoma hepatocelular no operable, terapia de primera línea, 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 con pembrolizumab
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# LEUKERAN

---

## Productos Afectados

- LEUKERAN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia linfocítica crónica, B.) Linfoma de Hodgkin, C.) Micosis fungoide o D.) Linfomas no Hodgkin
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	Recetado por o en consulta con un hematólogo 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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)
- LUTRATE DEPOT

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 (3.75 mg de 1 mes y 11.25 mg de depósito de 3 meses solamente), C.) Anemia debida a leiomiomas uterinos (fibromas) (3.75 mg de 1 mes y 11.25 mg de depósito de 3 meses solamente) y la paciente está en el preoperatorio, o D.) Pubertad precoz central (idiopática o neurogénica) en niños
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Para cáncer: urólogo u oncólogo, para endometriosis: Ginecólogo-obstetra, para pubertad precoz central: endocrinólogo.
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# L-GLUTAMINE

---

## Productos Afectados

- *l-glutamine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# LIDOCAINE EXT

## Productos Afectados

- APRIZIO PAK II
- EMPRICAINE-II
- *lidocaine external ointment*
- *lidocaine hcl*
- *lidocaine-prilocaine*
- NUVAKAAN-II
- PRIZOPAK II

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# LINEZOLID

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	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
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Neumonía adquirida en la comunidad, B.) Neumonía adquirida en un hospital, C.) Infección por <i>Enterococcus faecium</i> 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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	1 mes
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# LIVTENCITY

---

## Productos Afectados

- LIVTENCITY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de infección/enfermedad por citomegalovirus (CMV) postrasplante refractaria al tratamiento (con o sin resistencia genotípica) con ganciclovir, valganciclovir, cidofovir o foscarnet
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# LONSURF

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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.
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# LORBRENA

---

## Productos Afectados

- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante con inductores fuertes del CYP3A4
<b>Información Médica Requerida</b>	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)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# LUMAKRAS

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: 1) Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) localmente avanzado o metastásico con mutación de KRAS G12C, según lo determinó una prueba aprobada por FDA, y el paciente recibió por lo menos una terapia sistémica anterior (por ejemplo, inhibidor de puntos de control inmunitario, quimioterapia basada en platino) 2) cáncer colorrectal metastásico con mutación KRAS G12C (mCRC) según lo determinó una prueba aprobada por FDA, en combinación con Vectibix en pacientes que recibieron quimioterapia basada en fluoropyrimidine, oxaliplatin e irinotecan
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 metastásico con mutación deletérea o sospechosa de ser deletérea del BRCA de línea germinal negativo para HER2 Y el paciente ha recibido tratamiento previo con quimioterapia neoadyuvante, adyuvante o metastásico, B.) Cáncer recurrente ovárico epitelial, de las trompas de Falopio o peritoneal primario Y se usa para el tratamiento de mantenimiento en pacientes con respuesta completa o parcial a la quimioterapia a base de platino (p. ej., cisplatino, carboplatino), C.) Cáncer ovárico epitelial, de las trompas de Falopio o primario peritoneal con mutación somática o de la línea germinal del BRCA deletérea o sospechosa de ser deletérea (gBRCAm o sBRCAm) en pacientes con respuesta completa o parcial a la quimioterapia a base de platino de primera línea, D.) Adenocarcinoma pancreático metastásico con mutación del BRCA de la línea germinal deletérea o sospechosa de ser deletérea y la enfermedad no ha avanzado en por lo menos 16 semanas de un régimen de quimioterapia basada en platino de primera línea, E.) Cáncer ovárico epitelial avanzado, de las trompas de Falopio o peritoneal primario en pacientes con respuesta completa o parcial a quimioterapia basada en platino de primera línea y cuyo cáncer está asociado con un estado positivo de deficiencia de recombinación homóloga definido ya sea por una mutación del BRCA deletérea o sospechosa de ser deletérea o inestabilidad genómica, Y se están usando en combinación con bevacizumab para tratamiento de mantenimiento, F.) Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con mutación del gen de reparación por recombinación homóloga somática o de línea germinal deletérea o sospechosa en pacientes que han avanzado después de un tratamiento previo con enzalutamide o abiraterone, o G.) Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con mutación BRCA deletéreo o presuntamente deletéreo en combinación con abiraterone y prednisone o prednisolone.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 uso en combinación con otros medicamentos contra el cáncer
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# MEKINIST

## Productos Afectados

- MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED
- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 necesitaterapia sistémica, en combinación con dabrafenib
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# MEKTOVI

---

## Productos Afectados

- MEKTOVI

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# MERCAPTOPURINE

---

## Productos Afectados

- mercaptopurine oral suspension*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Debe cumplir todos los siguientes: 1.) Diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, 2.) El paciente no puede tragar o muestra intolerancia a las tabletas de mercaptopurine.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	N/A
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# MIFEPRISTONE

## Productos Afectados

- *mifepristone*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes: A.) Coadministración con simvastatin, lovastatin o sustratos del CYP3A con rangos terapéuticos estrechos, B.) Tratamiento concomitante con corticosteroides sistémicos para enfermedades o condiciones médicas graves, C.) Historia de sangrado vaginal inexplicado, D.) Hiperplasia endometrial con atipia o carcinoma endometrial
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de síndrome de Cushing endógeno 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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# MIGLUSTAT

---

## Productos Afectados

- *miglustat*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# MODEYSO

---

## Productos Afectados

- MODEYSO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pending CMS Review
Información Médica Requerida	Pending CMS Review
Restricciones de edad	Pending CMS Review
Restricciones de proveedor	Pending CMS Review
Duración de Cobertura	Pending CMS Review
Otros Criterios	Pending CMS Review
Indicaciones	Pending CMS Review
Usos no indicados	Pending CMS Review
Prerrequisito de la Parte B	Pending CMS Review
Terapia previa requerida	Pending CMS Review

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# NAYZILAM

---

## Productos Afectados

- NAYZILAM

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Glaucoma agudo de ángulo estrecho
<b>Información Médica Requerida</b>	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 a un patrón convulsivo habitual de un paciente
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 12 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un neurólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Este criterio se aplica solo a nuevos comienzos
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# 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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# NEXLETOL

## Productos Afectados

- NEXLETOL

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Enfermedad cardiovascular (CVD) establecida o con riesgo alto de un evento de CVD, pero sin CVD establecida para reducir el riesgo de infarto de miocardio y revascularización coronaria en adultos que no pueden tomar la terapia de estatina recomendada (incluyendo los que no toman estatina). B.) En combinación con otras terapias de reducción del colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) o por sí sola cuando la terapia concomitante de disminución de LDL-C no es posible, para reducir LDL-C en adultos con hiperlipidemia primaria, incluyendo hipercolesterolemia familiar heterocigota (HeFH).
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un cardiólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Para todas las indicaciones: Documento: i) Nivel de LDL-C de valor de referencia mayor que 70 mg/dL (resultados del panel de lípidos) y ii) Uno de los siguientes: a) El paciente completó una prueba de 3 meses consecutivos de una estatina de intensidad alta o moderada en la dosis máxima tolerada por el paciente, o b) Falla terapéutica, efectos adversos o intolerancia por lo menos a 2 estatinas de alta densidad (por ejemplo, atorvastatin igual o mayor que 40 mg, rosuvastatin igual o mayor que 20 mg) o 2 estatinas de intensidad moderada (por ejemplo, simvastatin 20 o 40 mg) en combinación con ezetimibe. Para renovaciones: El médico que receta debe certificar que el paciente tolera y responde al medicamento y dar los niveles de LDL-C
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# NEXLIZET

## Productos Afectados

- NEXLIZET

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Enfermedad cardiovascular (CVD) establecida o con riesgo alto de un evento de CVD, pero sin CVD establecida para reducir el riesgo de infarto de miocardio y revascularización coronaria en adultos que no pueden tomar la terapia de estatina recomendada (incluyendo los que no toman estatina). B.) En combinación con otras terapias de reducción del colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) o por sí sola cuando la terapia concomitante de disminución de LDL-C no es posible, para reducir LDL-C en adultos con hiperlipidemia primaria, incluyendo hipercolesterolemia familiar heterocigota (HeFH).
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un cardiólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Para todas las indicaciones: Documento: i) Nivel de LDL-C de valor de referencia mayor que 70 mg/dL (resultados del panel de lípidos) y ii) Uno de los siguientes: a) El paciente completó una prueba de 3 meses consecutivos de una estatina de intensidad alta o moderada en la dosis máxima tolerada por el paciente, o b) Falla terapéutica, efectos adversos o intolerancia por lo menos a 2 estatinas de alta densidad (por ejemplo, atorvastatin igual o mayor que 40 mg, rosuvastatin igual o mayor que 20 mg) o 2 estatinas de intensidad moderada (por ejemplo, simvastatin 20 o 40 mg) en combinación con ezetimibe. Para renovaciones: El médico que receta debe certificar que el paciente tolera y responde al medicamento y dar los niveles de LDL-C
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# NINLARO

## Productos Afectados

- NINLARO

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de mieloma múltiple, usado en combinación con lenalidomide y dexamethasone Y el paciente tiene historia por lo menos de 1 terapia previa Los ejemplos incluyen: bortezomib, cyclophosphamide, Kyprolis (infusión intravenosa de carfilzomib), lenalidomide, Darzalex (infusión intravenosa de daratumumab).
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# NUBEQA

## Productos Afectados

- NUBEQA

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Cáncer de próstata no metastásico resistente a la castración (nmCRPC), B.) Cáncer de próstata metastásico sensible a la castración (mCSPC), o C.) 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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# NUEDEXTA

## Productos Afectados

- NUEDEXTA

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	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 metabolizan 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
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de condición pseudobulbar
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un neurólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# NUPLAZID

---

## Productos Afectados

- NUPLAZID

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Aplica diagnóstico de enfermedad de Parkinson y ambos de los siguientes: A.) Usado para el tratamiento de alucinaciones o delirios asociados con la psicosis de enfermedad de Parkinson y, B.) El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson se hizo antes del inicio de los síntomas psicóticos.
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un neurólogo o un psiquiatra o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# OFEV

## Productos Afectados

- OFEV

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: 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 o reumatólogo.
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# OGSIVEO

---

## Productos Afectados

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

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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# OJEMDA

## Productos Afectados

- OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED
- OJEMDA ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de glioma pediátrico de bajo grado en recaída o refractario que alberga una fusión o reordenamiento BRAF o una mutación BRAF V600
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# OPIPZA

## Productos Afectados

- OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Se deben cumplir todos los siguientes: A.) Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Esquizofrenia, 2) Tratamiento complementario de trastorno depresivo mayor (MDD), 3) Irritabilidad asociada con trastornos autistas O 4) Trastorno de Tourette Y B.) No puede tragar o es intolerante a las tabletas de aripiprazole
<b>Restricciones de edad</b>	Para esquizofrenia: Mayores de 13 años, para MDD: Mayores de 18 años, todos los demás: Mayores de 6 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un psiquiatra o neurólogo.
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# OPSUMIT

## Productos Afectados

- OPSUMIT

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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.)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	Inicial: 6 meses, Renovación: 12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Continuación de la terapia: el paciente tolera y responde al medicamento y tiene capacidad mejorada de ejercicio o un retraso en el empeoramiento clínico.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Artritis reumatoide de moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular de 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.
<b>Restricciones de edad</b>	Para RA: Mayores de 18 años. Para todas las otras indicaciones, mayores de 2 años.
<b>Restricciones de proveedor</b>	Para RA y PJA: Reumatólogo, para PsA: Dermatólogo o reumatólogo, para aGVHD: Dermatólogo o especialista en trasplantes.
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Solo para pacientes que no recibieron terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene estatus negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor de 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax. Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 un oncólogo o urólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	12 Meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# OTEZLA

## Productos Afectados

- OTEZLA ORAL TABLET
- OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Artritis psoriásica activa, B). Psoriasis en placas moderada a grave y el paciente es candidato a fototerapia o terapia sistémica, C). Psoriasis en placas leve y el paciente es candidato a fototerapia o terapia sistémica, o D). Enfermedad de Behcet y el paciente tiene úlceras bucales activas. Para la psoriasis en placas: el paciente cumple cualquiera de los siguientes: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, cyclosporine o acitretin está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 6 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	PsA: Recetado por un dermatólogo o un reumatólogo o en su consulta. Psoriasis en placas: Recetado por un dermatólogo o en su consulta.
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# PANRETIN

---

## Productos Afectados

- PANRETIN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de sarcoma de Kaposi relacionado con sida y ambos de los siguientes: 1.) Usado para tratar lesiones cutáneas y 2.) El tratamiento sistémico antisarcoma de Kaposi no está indicado (por ejemplo, el paciente no tiene más de 10 lesiones nuevas de SK en el mes anterior, linfedema sintomática, KS pulmonar sintomático o implicación visceral sintomática)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un dermatólogo, 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# PAZOPANIB

---

## Productos Afectados

- *pazopanib hcl*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Carcinoma avanzado de células renales (RCC), o B.) Sarcoma avanzado de tejidos blandos (STS), ha recibido quimioterapia antes y no tiene sarcoma de tejido blando adiposo (STS) o tumores del estroma gastrointestinal (GIST)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# PEGYLATED INTERFERON

## Productos Afectados

- PEGASYS

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	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, o C). Reacciones de hipersensibilidad, incluyendo urticaria, broncoconstricción, anafilaxia o síndrome de Stevens-Johnson a interferones alfa o cualquier componente del producto
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A). Infección por hepatitis B crónica, o B). Hepatitis C crónica
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# PENICILLAMINE

---

## Productos Afectados

- *penicillamine*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Lactancia materna, B.) Hipersensibilidad a los productos de penicillamine, C.) Anemia aplásica/agranulocitosis relacionada con penicillamine o D.) Artritis reumatoide, pacientes con historia o evidencia de insuficiencia renal
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cistinuria, B.) Artritis reumatoide grave y activa o C.) Enfermedad de Wilson
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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, y 2.) La enfermedad progresó mientras recibía o después de un régimen basado en tratamiento endocrino
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 un neumólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# POMALYST

## Productos Afectados

- POMALYST

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: 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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# POSACONAZOLE

---

## Productos Afectados

- *posaconazole*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pending CMS Review
Información Médica Requerida	Pending CMS Review
Restricciones de edad	Pending CMS Review
Restricciones de proveedor	Pending CMS Review
Duración de Cobertura	Pending CMS Review
Otros Criterios	Pending CMS Review
Indicaciones	Pending CMS Review
Usos no indicados	Pending CMS Review
Prerrequisito de la Parte B	Pending CMS Review
Terapia previa requerida	Pending CMS Review

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# PREVYMIS

## Productos Afectados

- PREVYMIS ORAL PACKET
- PREVYMIS ORAL TABLET

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# PROLIA

## Productos Afectados

- PROLIA

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Hipocalcemia (calcio menor que 8.0 mg/dl)
<b>Información Médica Requerida</b>	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 prednisona 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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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) persistente o 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 inmunosupresora estándar
Restricciones de edad	Para trombocitopenia o trombocitopenia inmune crónica (ITP): Mayores de 1 año Para anemia aplásica grave: Mayores de 2 años.
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un hematólogo, hepatólogo, gastroenterólogo o especialista en enfermedades infecciosas.
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el conteo de plaquetas del paciente es mayor que 50 x 10 <sup>9</sup> /L
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# QUININE SULFATE

## Productos Afectados

- *quinine sulfate*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Prolongación del intervalo QT, B.) Miastenia gravis, C.) Hipersensibilidad conocida a mefloquine o quinidine, D.) Neuritis óptica, E.) Diagnóstico de fiebre de aguas negras, F.) Úselo solo para el tratamiento o la prevención de calambres nocturnos en las piernas, G.) Trombocitopenia (incluyendo ITP, TTP), H.) Síndrome urémico hemolítico (HUS)
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) malaria por Plasmodium falciparum no complicada, B.) malaria por Plasmodium vivax no complicada, o C.) babesiosis
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	1 mes
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# RALDESY

---

## Productos Afectados

- RALDESY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno depresivo mayor y el paciente tiene una contraindicación o no puede tragar tabletas de trazodone
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	12 Meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# REPATHA

---

## Productos Afectados

- REPATHA
- REPATHA SURECLICK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pending CMS Review
Información Médica Requerida	Pending CMS Review
Restricciones de edad	Pending CMS Review
Restricciones de proveedor	Pending CMS Review
Duración de Cobertura	Pending CMS Review
Otros Criterios	Pending CMS Review
Indicaciones	Pending CMS Review
Usos no indicados	Pending CMS Review
Prerrequisito de la Parte B	Pending CMS Review
Terapia previa requerida	Pending CMS Review

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# RETEVMO

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# REVCovi

## Productos Afectados

- REVCovi

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de inmunodeficiencia combinada grave por deficiencia de adenosina desaminasa (ADA-SCID) confirmada por uno o más de los criterios de abajo (i o ii): i. En el valor de referencia (por ejemplo, antes de iniciar la terapia de reemplazo de enzimas), el paciente ha tenido actividad catalítica de la adenosina desaminasa (ADA) ausente o muy baja (menos de 1 % de lo normal), O ii. El paciente ha tenido pruebas genéticas moleculares que confirman mutaciones bialélicas en el gen ADA, Y B. El paciente tiene niveles elevados de desoxiadenosina trifosfato (dATP) o de nucleótidos de desoxiadenosina totales (dAXP) en los glóbulos rojos Y, i. ii. El paciente no es candidato o ha fallado la terapia definitiva con trasplante de médula ósea (BMT), O el paciente es candidato para terapia definitiva con BMT y se usará elapegademase como terapia puente.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un genetista o inmunólogo
Duración de Cobertura	12 Meses
Otros Criterios	Para la continuación de la terapia: El paciente ha demostrado una respuesta beneficiosa a la terapia comparada con el valor de referencia de pretratamiento en UNO o más de los siguientes: 1.) Aumento de la actividad de la adenosina desaminasa en plasma (nivel valle objetivo mayor o igual a 15 mmol/hr/L) 2. Disminución del nivel de dATP en los glóbulos rojos (objetivo menor o igual a 0.005 a 0.015 mmol/L) 3. Mejora de la función inmunológica con disminución de frecuencia/complicaciones de infecciones según lo evidencia la mejora en la capacidad de producir anticuerpos 4. Disminución del nivel de dAXP en los glóbulos rojos (nivel valle objetivo menor o igual a 0.02 mmol/L) 5. Aumento de los conteos totales de linfocitos

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# REVUFORJ

---

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia aguda en recaída o refractaria y el paciente tiene una translocación del gen de la lisina metiltransferasa 2A (KMT2A)
Restricciones de edad	Mayores de 1 año
Restricciones de proveedor	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# REZDIFFRA

## Productos Afectados

- REZDIFFRA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de esteatohepatitis no alcohólica no cirrótica (NASH) con fibrosis de hígado de moderada a avanzada (coincide con fibrosis etapas F2 a F3). La enfermedad es fibrosis etapa F2 o F3 según lo confirma uno de los siguientes: (1) Medición de la rigidez hepática (LSM) mediante elastografía transitoria controlada por vibración (VCTE) (por ejemplo, FibroScan) (2) LSM por elastografía de resonancia magnética (MRE) (3) Biopsia de hígado en los últimos 12 meses.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo o hepatólogo
Duración de Cobertura	12 Meses
Otros Criterios	Para la continuación de la terapia: Documentación de respuesta clínica positiva a terapia con Rezdiffra (por ejemplo, mejora o estabilización de la fibrosis) -Y- La cirrosis del paciente no ha progresado.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# 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 en IDH1 según lo detectara una prueba aprobada por la FDA
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 ha fallado por lo menos en 2 líneas anteriores de terapia sistémica (por ejemplo, prednisone, methotrexate, cyclosporine, tacrolimus, mycophenolate, Imbruvica (ibrutinib), Jakafi (ruxolitinib), etc.)
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	Recetado por un neurólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# RINVOQ

---

## Productos Afectados

- RINVOQ

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Pending CMS Review
<b>Información Médica Requerida</b>	Pending CMS Review
<b>Restricciones de edad</b>	Pending CMS Review
<b>Restricciones de proveedor</b>	Pending CMS Review
<b>Duración de Cobertura</b>	Pending CMS Review
<b>Otros Criterios</b>	Pending CMS Review
<b>Indicaciones</b>	Pending CMS Review
<b>Usos no indicados</b>	Pending CMS Review
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	Pending CMS Review
<b>Terapia previa requerida</b>	Pending CMS Review

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# RINVOQ LQ

## Productos Afectados

- RINVOQ LQ

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis psoriásica activa con respuesta inadecuada o intolerancia a 1 o más bloqueadores del TNF o B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular activa con respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 2 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Para PsO: Dermatólogo o reumatólogo, para PsO: Reumatólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Es necesario hacer una evaluación para detectar infección por tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento. Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 2 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ROMVIMZA

---

## Productos Afectados

- ROMVIMZA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumor tenosinovial de células gigantes (TGCT) sintomático y el tumor del paciente no se puede extirpar quirúrgicamente, ya que eso puede causar empeoramiento de la limitación funcional o morbilidad grave.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ROZLYTREK

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Verificar el estado de embarazo de mujeres con potencial reproductivo antes de iniciar ROZLYTREK
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# RUBRACA

## Productos Afectados

- RUBRACA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Cáncer ovárico epitelial, de las trompas de Falopio o primario peritoneal recurrente, se usa 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 un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# RUFINAMIDE

---

## Productos Afectados

- *rufinamide oral suspension*
- *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 y uso como tratamiento complementario
Restricciones de edad	Mayores de 1 año
Restricciones de proveedor	Recetado por un neurólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 mastocitos
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un alergólogo, 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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: 12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# SCEMBLIX

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia mieloide crónica (Ph+ CML) positiva para cromosoma Filadelfia anteriormente tratada en fase crónica (CP), B.) Leucemia mieloide crónica con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ CML) en fase crónica (CP) con mutación T315I o C.) Adultos con diagnóstico reciente de leucemia mieloide crónica con cromosoma Filadelfia positivo en fase crónica (Ph+ CML-CP)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# SELARSDI

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Psoriasis en placas (PsO) moderada a grave candidatos para fototerapia o terapia sistémica, B.) Artritis psoriásica activa, C.) Enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa, D.) Colitis ulcerosa activa de moderada a grave.
<b>Restricciones de edad</b>	Para PSO o PsA: Mayores de 6 años, Para todas las otras indicaciones: Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Para PsO: Dermatólogo, para PsA: Dermatólogo o reumatólogo, para CD y UC: Gastroenterólogo.
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Solo para pacientes que no recibieron terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene estatus negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor de 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax. Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# SILDENAFIL

## Productos Afectados

- *sildenafil citrate oral tablet 20 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Terapia de nitratos, incluyendo uso intermitente, B.) Uso concomitante con riociguat u otros estimuladores de la guanilatociclasa, C.) Uso concomitante con inhibidores de la proteasa del VIH o con elvitegravir/cobicistat/tenofovir/emtricitabine
<b>Información Médica Requerida</b>	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.)
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Continuación de la terapia: el paciente tolera y responde al medicamento y tiene capacidad mejorada de ejercicio o un retraso en el empeoramiento clínico.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# SIMLANDI

---

## Productos Afectados

- SIMLANDI (1 PEN)
- SIMLANDI (1 SYRINGE)
- SIMLANDI (2 PEN)
- SIMLANDI (2 SYRINGE)  
SUBCUTANEOUS PREFILLED  
SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML, 40  
MG/0.4ML

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pending CMS Review
Información Médica Requerida	Pending CMS Review
Restricciones de edad	Pending CMS Review
Restricciones de proveedor	Pending CMS Review
Duración de Cobertura	Pending CMS Review
Otros Criterios	Pending CMS Review
Indicaciones	Pending CMS Review
Usos no indicados	Pending CMS Review
Prerrequisito de la Parte B	Pending CMS Review
Terapia previa requerida	Pending CMS Review

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 multirresistente a los medicamentos (MDR-TB) y 2.) Usado en combinación con al menos otros 2 antibióticos para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar multirresistente a los medicamentos
Restricciones de edad	Mayores de 2 años y con un peso de al menos 8 kg
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Psoriasis en placas de moderada a grave y el paciente es candidato para terapia sistémica o fototerapia, B.) Artritis psoriásica activa, C.) Enfermedad de Crohn moderada a gravemente activa, o D.) Colitis ulcerosa activa de moderada a grave
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Para PsO: Dermatólogo. Para PsA: Dermatólogo o reumatólogo.
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Solo para pacientes que no recibieron terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene estatus negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor de 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax. Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# SODIUM OXYBATE

---

## Productos Afectados

- *sodium oxybate*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Alguna de las siguientes condiciones: A.) Tratamiento concomitante con agentes hipnóticos sedantes, B.) Deficiencia de succínico semialdehído deshidrogenasa
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 7 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# SOLTAMOX

---

## Productos Afectados

- SOLTAMOX

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# SORAFENIB

---

## Productos Afectados

- *sorafenib tosylate*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cáncer de pulmón de células escamosas que se está tratando con carboplatin y paclitaxel
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# STELARA

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: (A.) Enfermedad de Crohn activa de moderada a grave, B.) Psoriasis en placas de moderada a grave, C.) Artritis psoriásica activa, o D.) Colitis ulcerosa activa de moderada a grave. Para la psoriasis en placas de moderada a grave: 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (BSA) está afectada O las áreas cruciales del cuerpo (por ejemplo, cuero cabelludo, pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, cyclosporine o acitretin está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (por ejemplo, al menos el 10 % de la BSA o las áreas cruciales del cuerpo [por ejemplo, manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas)
<b>Restricciones de edad</b>	Para PSO o PsA: Mayores de 6 años, Para todas las otras indicaciones: Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Para PsO: Dermatólogo, para PsA: Dermatólogo o reumatólogo, para CD y UC: Gastroenterólogo.
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Solo para pacientes que no recibieron terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene estatus negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor de 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax. Para

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
	la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 o hematólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# SUNITINIB

## Productos Afectados

- *sunitinib malate*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# SYNAREL

---

## Productos Afectados

- SYNAREL

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Alguna de las siguientes condiciones: A.) Amamantar, o B.) sangrado vaginal anómalo no diagnosticado
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Pubertad precoz central, o B.) Endometriosis
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TABLOID

## Productos Afectados

- TABLOID

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de terapia de inducción o consolidación para la leucemia mieloide (no linfocítica) aguda (AML)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por un hematólogo o un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 mesenquimatoso-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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TADALAFIL

## Productos Afectados

- *tadalafil*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes: A.) Uso concurrente de nitratos, incluyendo uso intermitente, B.) Diagnóstico de disfunción eréctil sin señales ni síntomas de BPH, o C.) Uso concomitante de estimuladores de guanilato ciclasa, como riociguat.
<b>Información Médica Requerida</b>	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).
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un urólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TAFINLAR

## Productos Afectados

- TAFINLAR ORAL CAPSULE
- TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE

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 necesitaterapia sistémica, en combinación con trametinib
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# 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 delección del gen EGFR en el exón 19 o mutación del gen L858R en el 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 EGFR, C) Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) con delecciones en el exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) del tumor o mutaciones del gen L858R en el 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 de células no pequeñas localmente avanzado o metastásico cuyos tumores presentan delecciones 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. E.) Paciente adulto con NSCLC localmente avanzado, irresecable (etapa III) cuya enfermedad no ha progresado durante o después de la quimiorradioterapia concurrente o secuencial basada en platino y cuyos tumores tienen delecciones en el exón 19 del EGFR o mutaciones L858R en el exón 21, detectadas mediante una prueba aprobada por la FDA.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
Duración de Cobertura	12 Meses
Otros Criterios	Ninguno

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TAKHZYRO

## Productos Afectados

- TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION
- TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes y uso como profilaxis de rutina: A.) Angioedema hereditario (HAE) con deficiencia de inhibidores C1 (Tipo 1) confirmada por pruebas de laboratorio, B.) HAE con disfunción del inhibidor C1 (Tipo 2) confirmado por pruebas de laboratorio, o C.) HAE con inhibidor C1 normal (Tipo 3) confirmado por pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: 1.) Prueba positiva de mutación en el gen F12, angiopoietina-1 o plasminógeno, o 2.) Historia familiar de angioedema y angioedema refractario a una prueba con antihistamínico por lo menos un mes
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un hematólogo, inmunólogo o alergólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TALZENNA

---

## Productos Afectados

- TALZENNA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Mutación de cáncer de mama localmente avanzado o metastásico negativo para receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico (HER2), con mutación (del BRCA) del gen de susceptibilidad al cáncer de mama de la línea germinal (gBRCAm) deletérea o sospechosa de ser 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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TASIGNA

## Productos Afectados

- TASIGNA

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Síndrome de QT largo, B.) Hipocalemia sin corregir, C.) Hipomagnesemia sin corregir
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 1 año
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TAVNEOS

---

## Productos Afectados

- TAVNEOS

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de vasculitis activa y grave asociada a autoanticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) (granulomatosis con poliangitis [GPA] y poliangitis microscópica [MPA]) y aplican ambos de los siguientes: 1.) Se usa como tratamiento adyuvante y, 2.) Se usa en combinación con terapia estándar incluyendo glucocorticoides
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TAZAROTENE

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: 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)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 12 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TAZVERIK

## Productos Afectados

- TAZVERIK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Sarcoma epiteliode 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 aprobada 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 un oncólogo o en su consulta
Duración de Cobertura	12 Meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# 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 mesenquimatoso-epitelial (MET)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TETRABENAZINE

## Productos Afectados

- tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	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 un plazo de 20 días después de suspender reserpine, F.) Uso concomitante de deutetrabenazine o valbenazine
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de corea asociada con enfermedad de Huntington
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# THALOMID

---

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Mieloma múltiple que está recién diagnosticado 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	12 Meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TOLVAPTAN

## Productos Afectados

- *tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg*
- *tolvaptan oral tablet therapy pack*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Alguna de las siguientes condiciones: A.) Historia de señales o síntomas de deficiencia o lesión significativa del hígado, no incluye enfermedad poliquística hepática no complicada, B.) Uso concomitante de inhibidores potentes de CYP3A Concentraciones anómalas de sodio en sangre no corregidas, D.) Incapacidad de sentir o responder a la sed, E.) Hipovolemia F.) Hipersensibilidad a tolvaptan o a cualquiera de sus componentes, G.) Obstrucción de flujo urinario no corregida, H.) Anuria
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de enfermedad de los riñones poliquística autosómica dominante (ADPKD) en pacientes que se consideran en riesgo de progresión rápida de la enfermedad, confirmado por ultrasonografía, diagnóstico por imágenes de resonancia magnética [MRI], o tomografía computarizada [CT]
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un nefrólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TOPICAL TESTOSTERONE

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Alguna de las siguientes condiciones: A.) Carcinoma de mama (solo hombres) o B.) Carcinoma de la próstata, conocido o sospechado
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: 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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# TOREMIFENE

---

## Productos Afectados

- *toremifene citrate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TRELSTAR

---

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de próstata avanzado
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un urólogo 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TRIENTINE

---

## Productos Afectados

- *trientine hcl*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad de Wilson en pacientes intolerantes a penicillamine
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de fibrosis quística (CF) y el paciente tiene al menos una 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, Y se confirmó la presencia de al menos una mutación indicada mediante una prueba de mutación de CF aprobada por la FDA.
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 2 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	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)
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TYENNE

## Productos Afectados

- TYENNE

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Artritis reumatoide (RA) moderada a gravemente activa y el paciente ha probado y fracasado, o tiene intolerancia o contraindicación a dos productos preferidos (por ejemplo, adalimumab-adbm, Hadlima, Orencia, Rinvoq, Simlandi), B.) Arteritis de células gigantes (GCA) y el paciente ha probado y falló, o tiene intolerancia o contraindicación a Rinvoq, C.) Artritis idiopática juvenil poliarticular (PJIA) y el paciente ha probado y fracasado o tiene intolerancia o contraindicación a dos productos preferidos (por ejemplo, adalimumab-adbm, Hadlima, Orencia, Rinvoq, Simlandi), o D.) Artritis idiopática juvenil sistémica (SJIA)
<b>Restricciones de edad</b>	Para PJIA y SJIA: Mayores de 2 años. Otras condiciones: Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Para PJIA, RA y SJIA: Reumatólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Solo para pacientes que no recibieron terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene estatus negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor de 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax. Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# TYMLOS

---

## Productos Afectados

- TYMLOS

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de osteoporosis en hombres o mujeres posmenopáusicos y una de las siguientes condiciones: A.) fractura osteoporótica o múltiples factores de riesgo por fractura, o B.) ensayo anterior o contraindicación al bisphosphonate
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	Inicial: 24 meses, hasta completar 2 años, Renovación: 12 meses, si el tratamiento pasa los 2 años
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# UBRELVY

## Productos Afectados

- UBRELVY

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso simultaneo de inhibidores fuertes del CYP3A4 (por ejemplo, ketoconazole, itraconazole, clarithromycin)
<b>Información Médica Requerida</b>	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)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento, comprobado por una reducción en la frecuencia o intensidad de los dolores de cabeza.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# UPTRAVI

## Productos Afectados

- UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG
- UPTRAVI TITRATION

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante con inhibidores potentes de CYP2C8 (por ejemplo, gemfibrozil)
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (PAH, grupo 1 de 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.) y el paciente ha probado y falló, tiene contraindicación o intolerancia a alternativas genéricas incluyendo bosentan o ambrisentan y tadalafil o sildenafil,
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un neumólogo o cardiólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Continuación de la terapia: el paciente tolera y responde al medicamento
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# USTEKINUMAB

---

## Productos Afectados

- *ustekinumab subcutaneous solution*
- *ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml, 90 mg/ml*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pending CMS Review
Información Médica Requerida	Pending CMS Review
Restricciones de edad	Pending CMS Review
Restricciones de proveedor	Pending CMS Review
Duración de Cobertura	Pending CMS Review
Otros Criterios	Pending CMS Review
Indicaciones	Pending CMS Review
Usos no indicados	Pending CMS Review
Prerrequisito de la Parte B	Pending CMS Review
Terapia previa requerida	Pending CMS Review

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VALCHLOR

---

## Productos Afectados

- VALCHLOR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de linfoma cutáneo de células T (tipo micosis fungoide en etapa IA y IB) y el paciente recibió terapia previa dirigida a la piel (por ejemplo, corticosteroides tópicos, fototerapia o mostaza nitrogenada tópica)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un dermatólogo 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VALTOCO

---

## Productos Afectados

- VALTOCO 10 MG DOSE
- VALTOCO 15 MG DOSE
- VALTOCO 20 MG DOSE
- VALTOCO 5 MG DOSE

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Glaucoma agudo de ángulo estrecho
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de epilepsia y documentación del uso 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 del paciente.
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 2 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un neurólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VANFLYTA

## Productos Afectados

- VANFLYTA

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Síndrome de QT largo, B.) Hipocalemia sin corregir, C.) Hipomagnesemia sin corregir
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# VENCLEXTA

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante con inhibidor fuerte de CYP3A durante la fase inicial y de titulación en pacientes con CLL o SLL
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VEOZAH

## Productos Afectados

- VEOZAH

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Alguna de las siguientes condiciones: A.) Cirrosis, B.) Deficiencia renal grave o enfermedad renal en etapa terminal, C.) Uso concomitante con inhibidores de CYP1A2
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de síntomas moderados a graves de síntomas vasomotores de la menopausia (VMS) y A.) Tratamiento inicial: El paciente tiene más de 7 sofocos al día y ha probado y falló o tiene contraindicación a terapia hormonal como parche de estradiol o estrógenos conjugados orales, o B.) Continuidad de la terapia: El paciente tiene necesidad continua del tratamiento para VMS y tiene reducción en la frecuencia o gravedad de VMS gracias al tratamiento con Veozah
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VERQUVO

## Productos Afectados

- VERQUVO

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante de otros estimuladores de guanilato ciclasa soluble (sGC) o B.)
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un cardiólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VERZENIO

## Productos Afectados

- VERZENIO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) 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.) 1.) El paciente tiene alto riesgo de recurrencia y, 2.) El medicamento que se pidesa usará en combinación con terapia endocrina (tamoxifen o un inhibidor de la aromatasas) como tratamiento adyuvante, O B.) 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: 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 previa en el entorno metastásico, o 3.) Para mujeres posmenopáusicas y hombres, usado como tratamiento endocrino inicial en combinación con un inhibidor de la aromatasas
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o en su consulta
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VIGABATRIN

## Productos Afectados

- *vigabatrín*
- *vigadrone*
- *vigpoder*

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un neurólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	12 Meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 irresecables con fusión de genes de la tirosina quinasa del receptor neurotrófico (NTRK) positivos sin mutación de resistencia adquirida conocida, son metastásicos o cuando la resección quirúrgica probablemente tenga como consecuencia morbilidad grave y no tiene tratamientos alternativos satisfactorios o que ha progresado 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# 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 delección 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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VONJO

---

## Productos Afectados

- VONJO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Uso concomitante de inhibidores o inductores potentes de CYP3A4
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	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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VOQUEZNA

## Productos Afectados

- VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante con productos que contienen rilpivirine
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Esofagitis erosiva y el diagnóstico recibió una confirmación por una endoscopia (por ejemplo, Clasificación de Los Ángeles para esofagitis por reflujo, grado A-D), B.) Acidez estomacal asociada con la enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva (NERD) y diagnóstico confirmado por endoscopia y no hay presencia de erosión visible (por ejemplo, No tiene la clasificación de Los Ángeles para esofagitis por reflujo grado A-D), C.) Infección por H. pylori.
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	INICIAL: H PYLORI: 14 DÍAS. EE: 8 SEMANAS. NERD: 4 SEMANAS. RENOVACIÓN: EE: 24 SEMANAS.
<b>Otros Criterios</b>	Inicial: EE: Prueba o contraindicación de dos inhibidores de la bomba de protones a dosis máxima por 8 semanas cada uno. NERD: 1.) El tratamiento previo con Voquezna no ha fallado en los últimos 12 meses 2. Prueba o contraindicación de dos inhibidores de la bomba de protones a dosis máxima por 8 semanas cada uno. Renovación EE: Mantuvo una respuesta clínica a Voquezna
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VORANIGO

---

## Productos Afectados

- VORANIGO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de astrocitoma u oligodendroglioma de grado 2 en pacientes adultos y pediátricos mayores de 12 años con una mutación susceptible de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1) o isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2) después de una operación, incluyendo una biopsia, resección subtotal o resección total macroscópica
Restricciones de edad	Mayores de 12 años.
Restricciones de proveedor	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VORICONAZOLE

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Uso concomitante de carbamazepine, sustratos de CYP3A4 (por ejemplo, terfenadine, astemizole, cisapride, pimozone 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, G.) Uso concomitante con efavirenz en dosis estándar de 400 mg/día o más altas, o H.) Uso concomitante de naloxegol, tolcapten, venetoclax o lurasidone.
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: 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 <i>Scedosporium apiospermum</i> o a la especie <i>Fusarium</i>
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas
<b>Duración de Cobertura</b>	6 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 tejidos blandos 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 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# VOWST

## Productos Afectados

- VOWST

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de prevención de infección recurrente por Clostridioides difficile (CDI) y uno de los siguientes: 1.) El paciente completó el tratamiento con antibióticos por lo menos para 3 episodios de CDI, o 2.) Recibió Vowst antes y ambos de los siguientes: A.) Falló el tratamiento (definido como presencia de diarrea CDI en el plazo de 8 semanas después de la primera dosis de Vowst y una prueba de heces positiva para C. Difficile y, B.) El paciente no ha recibido más de un curso de tratamiento con vowst que fue por lo menos de 12 días y más de 8 semana antes
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	30 días
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# VUMERITY

---

## Productos Afectados

- VUMERITY

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante de fumarato de dimetilo
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: 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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un neurólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# WELIREG

## Productos Afectados

- WELIREG

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: A.) Es necesario el diagnóstico de la enfermedad de von Hippel-Lindau (VHL) y la terapia para alguno de los siguientes tumores asociados a la enfermedad que no necesitan operación inmediata 1.) Carcinoma de células renales (RCC), 2.) Hemangioblastoma del sistema nervioso central (CNS), o 3.) Tumor neuroendocrino pancreático (pNET), o B.) Carcinoma avanzado de células renales después de un inhibidor del receptor 1 de muerte programada o del ligando 1 de muerte programada y un inhibidor de la tirosina cinasa del factor de crecimiento endotelial vascular o C.) Tratamiento de pacientes adultos y pediátricos mayores de 12 años con feocromocitoma o paraganglioma localmente avanzado, irresecable o metastásico (PPGL)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 12 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un hematólogo u oncólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# WINREVAIR

## Productos Afectados

- WINREVAIR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (PAH, grupo 1 de OMS), para aumentar la capacidad de ejercitarse, mejorar la clasificación funcional (FC) de OMS y reducir el riesgo de eventos de empeoramiento clínico. 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.) Falla, contraindicación o intolerancia a una alternativa genérica incluyendo bosentan o ambrisentan y tadalafil o sildenafil, para aumentar la capacidad de hacer ejercicio, mejorar la clasificación funcional (FC) de OMS y reducir el riesgo de eventos de empeoramiento clínico.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo o cardiólogo
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# XALKORI

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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)
<b>Restricciones de edad</b>	NSCLC: Mayor de 18 años, linfoma anaplásico de células grandes sistémico en recaída o refractario o tumores miofibroblásticos con fusión de genes de la quinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivos: Mayores de 1 año
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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. El miembro debe tener historia de respuesta inadecuada, contraindicaciones o intolerancia a levetiracetam antes de la aprobación
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un neurólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# XERMELO

---

## Productos Afectados

- XERMELO

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo, endocrinólogo o gastroenterólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# XGEVA

## Productos Afectados

- XGEVA

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Hipocalcemia (calcio menor que 8.0 mg/dl)
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	Yes
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# XOLAIR

## Productos Afectados

- XOLAIR

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: 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 a la comida mediada por la IgE y se usa junto con la evasión de alérgenos de comida en pacientes mayores de 1 año
<b>Restricciones de edad</b>	Urticaria idiopática crónica: Mayor de 12 años, asma persistente de moderada a grave: 6 años, pólipos nasales: Mayor de 18 años, reducción de reacciones alérgicas (tipo I): Mayores de 1 año
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un alergista, un dermatólogo, un inmunólogo, un otorrinolaringólogo o un neumólogo, o por otro médico en consulta con uno de estos
<b>Duración de Cobertura</b>	Inicial: 6 meses, Renovación: 12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Para la continuación de la terapia: El médico que receta certifica que el paciente tolera y responde positivamente al medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# XPOVIO

## Productos Afectados

- XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)
- XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)  
ORAL TABLET THERAPY PACK 10  
MG, 40 MG
- 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
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Terapia previa requerida</b>	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# XTANDI

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por un oncólogo o urólogo o en su consulta
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ZARXIO

---

## Productos Afectados

- ZARXIO

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de una de las siguientes condiciones: 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)
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 Meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No
<b>Terapia previa requerida</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



# 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 un oncólogo o un hematólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	12 Meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 un oncólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	Yes

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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	Mayores de 2 años
Restricciones de proveedor	Recetado por un neurólogo o en su consulta
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ZURZUVAE

---

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Ninguno
Información Médica Requerida	Debe cumplir todos los siguientes: A) Diagnóstico depresión posparto, B) El paciente tiene menos o igual a 12 meses posparto
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetados por o en consulta con un psiquiatra u obstetra.
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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# ZYDELIG

---

## Productos Afectados

- ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

# 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 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
Terapia previa requerida	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

## PARTE B VERSUS PARTE D

### Productos Afectados

- ABILIFY ASIMTUFII  
INTRAMUSCULAR PREFILLED  
SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960  
MG/3.2ML
- ABILIFY MAINTENA  
INTRAMUSCULAR PREFILLED  
SYRINGE 300 MG, 400 MG
- ABILIFY MAINTENA  
INTRAMUSCULAR SUSPENSION  
RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG
- *acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %*
- ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS  
SOLUTION 100 MCG/0.5ML
- *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*
- *aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg*
- ARCALYST SUBCUTANEOUS  
SOLUTION RECONSTITUTED 220 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*
- *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*
- *ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml*
- *clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 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
- *cyclophosphamide oral capsule 50 mg*
- *cyclophosphamide oral tablet 25 mg*
- CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL  
TABLET 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 %*
- DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE  
INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 10-0.45 %
- *doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg*
- *doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg*
- *dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg*
- ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION  
20 MCG/ML

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



- 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-S INTRAVENOUS SOLUTION
- ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION
- JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML
- *levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml*
- *linezolid intravenous solution 600 mg/300ml*
- *methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml*
- METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML
- *metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml*
- *micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg*
- *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 %
- *octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml*
- *ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml*
- *ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg*
- *ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg*
- *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*
- PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG
- PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION
- POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L
- PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG
- PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

- PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML
- 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
- RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG
- *risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg*
- *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
- *ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg*

## 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 .....	335
ABILIFY MAINTENA	
INTRAMUSCULAR PREFILLED	
SYRINGE 300 MG, 400 MG .....	335
ABILIFY MAINTENA	
INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
RECONSTITUTED ER 300 MG, 400	
MG .....	335
abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500	
mg .....	1
abirtega.....	2
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20	
% .....	335
acitretin .....	3
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS	
SOLUTION 100 MCG/0.5ML .....	335
acyclovir sodium intravenous solution 50	
mg/ml .....	335
adalimumab-adbm (2 pen) .....	4, 5
adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous	
prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 20	
mg/0.4ml, 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml	4, 5
adapalene.....	278
adefovir dipivoxil.....	99
ADEMPAS .....	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 ..	335
ALECENSA.....	10
alosetron hcl .....	11
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1	
mg, 2 mg .....	108, 109
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30	
MG, 90 MG.....	12
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY	
PACK.....	12
ambrisentan .....	13

amphotericin b intravenous solution	
reconstituted 50 mg.....	335
amphotericin b liposome intravenous	
suspension reconstituted 50 mg .....	335
ampicillin sodium injection solution	
reconstituted 1 gm.....	335
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 &	
125 mg, 80 mg .....	335
APRIZIO PAK II .....	166
ARCALYST SUBCUTANEOUS	
SOLUTION RECONSTITUTED 220	
MG .....	335
ARIKAYCE.....	14
armodafinil.....	41
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40	
MG .....	17
AUSTEDO .....	18
AUSTEDO XR ORAL TABLET	
EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12	
MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42	
MG, 48 MG, 6 MG .....	18
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	
ORAL TABLET EXTENDED	
RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 &	
24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG .....	18
AUVELITY .....	19
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	20
AYVAKIT .....	21
azathioprine oral tablet 50 mg.....	335
azithromycin intravenous solution	
reconstituted 500 mg.....	335

### B

BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4	
MG, 5 MG.....	22
BARACLUDE .....	99
BENLYSTA.....	23
BESREMI .....	24
bexarotene .....	25, 26
bosentan oral tablet .....	27
bosentan oral tablet soluble.....	27
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50	
MG .....	28

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG.....	28
BRAFTOVI.....	29
BRIVIACT ORAL SOLUTION.....	30
BRIVIACT ORAL TABLET .....	30
BRONCHITOL TOLERANCE TEST .....	31
BRUKINSA ORAL CAPSULE .....	32
BRUKINSA ORAL TABLET.....	32
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml .....	335
butalbital-acetaminophen .....	103
butalbital-apap-cafeine .....	103
<b>C</b>	
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG.....	33, 34
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act.....	335
CALQUENCE .....	35
CAMZYOS .....	36
CAPLYTA .....	15, 16
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG .....	37
carglumic acid.....	38
CAYSTON.....	39
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm.....	335
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg.....	335
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm.....	335
chlordiazepoxide hcl .....	108, 109
chlordiazepoxide-amitriptyline .....	106
chlordiazepoxide-clidinium .....	105
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg .....	335
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml .....	335
clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml .....	335
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	
INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	335
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
INTRAVENOUS SOLUTION 5 % ....	335

CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	
INTRAVENOUS SOLUTION 5 % ....	335
clobazam oral suspension .....	40
clobazam oral tablet .....	40
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg .....	111, 112
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg .....	111, 112
clorazepate dipotassium .....	111, 112
COBENFY .....	42
COBENFY STARTER PACK .....	42
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg .....	335
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)....	43
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)....	43
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	43
COPIKTRA.....	44
CORLANOR.....	45, 46
COSENTYX .....	47, 48
COSENTYX (300 MG DOSE).....	47, 48
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 47, 48	
COSENTYX UNOREADY .....	47, 48
COTELLIC .....	49
CRESEMBA.....	50
cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml .....	335
cyclobenzaprine hcl .....	114
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG .....	335
cyclophosphamide oral capsule 50 mg ...	335
cyclophosphamide oral tablet 25 mg .....	335
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG .....	335
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg .....	335
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml .....	335
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	335
CYSTAGON.....	51
<b>D</b>	
dalfampridine er .....	52
DANZITEN .....	53
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg .....	54

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG .....	55	EPIDIOLEX.....	70
DAYBUE.....	56	ERIVEDGE.....	73
deferasirox.....	57	ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG .....	74
deferiprone .....	58	erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg .....	75, 76
dextrose intravenous solution 10 % .....	335	ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 351 MG/2.25ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML .....	77
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 10-0.45 % .....	335	eslicarbazepine acetate.....	78
DIACOMIT.....	59	estazolam.....	108, 109
diazepam intensol.....	111, 112	eszopiclone.....	113
diazepam oral solution .....	111, 112	EUCRISA .....	79
diazepam oral tablet .....	111, 112	EULEXIN .....	80
diclofenac epolamine .....	60	everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg .....	336
DIGOXIN ORAL SOLUTION.....	104	everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg .....	7, 8
digoxin oral tablet 250 mcg .....	104	everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg .....	81
dimethyl fumarate .....	61	<b>F</b>	
dimethyl fumarate starter pack.....	61	FANAPT .....	15, 16
doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg .....	335	FANAPT TITRATION PACK A .....	15, 16
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg .....	335	FANAPT TITRATION PACK B .....	15, 16
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg .....	335	FANAPT TITRATION PACK C .....	15, 16
droxidopa .....	62	FASENRA .....	82
DUPIXENT.....	63, 64	FASENRA PEN.....	82
<b>E</b>		febuxostat.....	83
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG.....	163, 164	FINTEPLA.....	84
EMGALITY.....	65	FIRMAGON .....	85
EMGALITY (300 MG DOSE) .....	65	FIRMAGON (240 MG DOSE).....	85
EMPRICAINE-II .....	166	fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-% .....	336
EMSAM.....	66	FOTIVDA.....	86
ENBREL .....	67, 68	FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG .....	87
ENBREL MINI.....	67, 68	FULPHILA .....	88
ENBREL SURECLICK.....	67, 68	FYCOMPA .....	89
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML .....	335	<b>G</b>	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML .....	336	GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML .....	336
ENSPRYNG .....	69		
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG .....	336		

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM ....	336
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML .....	336
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML .....	336
GAVRETO .....	90
gefitinib .....	91
GILOTRIF .....	92
glatiramer acetate .....	93
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG .....	95
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE.	95
granisetron hcl oral tablet 1 mg .....	336
guanfacine hcl er .....	102
<b>H</b>	
HADLIMA.....	97, 98
HADLIMA PUSHTOUCH.....	97, 98
heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml .....	336
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML .....	336
HERNEXEOS.....	101
hydroxyzine hcl.....	107
hydroxyzine pamoate .....	107
HYFTOR.....	115
<b>I</b>	
IBRANCE .....	116, 117
IBTROZI.....	118
icatibant acetate.....	119
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG.....	120
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG .....	121
imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg .....	122, 123
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG .....	124
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION.....	124
IMBRUVICA ORAL TABLET .....	124

IMKELDI.....	125, 126
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML .....	336
IMPAVIDO.....	127
INCRELEX.....	128
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG	130
INQOVI .....	131
INREBIC.....	132
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML .....	133
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 .....	134
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML .....	135
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 % .....	336
ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml .....	336
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION .....	336
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION.....	336
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG .....	136
itraconazole .....	137
ivabradine hcl.....	138, 139
ivermectin .....	140
IWILFIN .....	141
<b>J</b>	
JAKAFI.....	142
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG .....	143
JOENJA .....	144
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML .....	336
<b>K</b>	
KALYDECO.....	145

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

KERENDIA .....	146	lidocaine hcl .....	166
KESIMPTA.....	147	lidocaine-prilocaine.....	166
KINERET .....	148	linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	336
KISQALI (200 MG DOSE).....	149, 150	.....	336
KISQALI (400 MG DOSE).....	149, 150	linezolid oral suspension reconstituted ...	167
KISQALI (600 MG DOSE).....	149, 150	linezolid oral tablet .....	167
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) .	151, 152	LIVTENCITY .....	168
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) .	151, 152	LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG,	169
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) .	151, 152	20-8.19 MG.....	169
KORLYM .....	153	lorazepam intensol .....	111, 112
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25	154	lorazepam oral concentrate .....	111, 112
MG .....	154	lorazepam oral tablet.....	111, 112
KRAZATI.....	155	LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25	170
<b>L</b>		MG .....	170
lapatinib ditosylate .....	156	LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG,	171
LAZCLUZE.....	157	240 MG, 320 MG.....	171
ledipasvir-sofosbuvir.....	100	LUPRON DEPOT (1-MONTH) .....	163, 164
lenalidomide.....	158	LUPRON DEPOT (3-MONTH) .....	163, 164
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) .....	159, 160	LUPRON DEPOT (4-MONTH) .....	163, 164
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) .....	159, 160	LUPRON DEPOT (6-MONTH) .....	163, 164
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) .....	159, 160	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) ...	163, 164
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) .....	159, 160	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) ...	163, 164
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) .....	159, 160	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) ...	163, 164
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) .....	159, 160	LUTRATE DEPOT .....	163, 164
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 159, 160		LYBALVI.....	15, 16
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 159, 160		LYNPARZA .....	172, 173
LEUKERAN .....	161	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) .....	174
LEUKINE .....	162	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) .....	174
leuprolide acetate .....	163, 164	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) .....	174
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH)	163, 164	<b>M</b>	
.....	163, 164	MATULANE .....	175
levalbuterol hcl inhalation nebulization		MAVYRET ORAL PACKET .....	100
solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25		MAVYRET ORAL TABLET.....	100
mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml.....	336	megestrol acetate.....	110
l-glutamine .....	165	MEKINIST ORAL SOLUTION	
lidocaine external ointment.....	166	RECONSTITUTED .....	176, 177
		MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2	
		MG .....	176, 177
		MEKTOVI.....	178
		mercaptopurine oral suspension.....	179
		methotrexate sodium (pf) injection solution	
		50 mg/2ml .....	336

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

METHOTREXATE SODIUM INJECTION	
SOLUTION 50 MG/2ML .....	336
metronidazole intravenous solution 500	
mg/100ml .....	336
micafungin sodium intravenous solution	
reconstituted 100 mg, 50 mg.....	336
mifepristone .....	180
miglustat.....	181
modafinil .....	41
MODEYSO.....	182
MOUNJARO .....	94
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	
.....	336
mycophenolate mofetil oral suspension	
reconstituted 200 mg/ml .....	336
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	
.....	336
mycophenolate sodium oral tablet delayed	
release 180 mg, 360 mg .....	336
<b>N</b>	
NAYZILAM .....	183
NERLYNX .....	184
NEXLETOL.....	185, 186
NEXLIZET .....	187, 188
NINLARO.....	189
NUBEQA.....	190
NUEDEXTA.....	191
NUPLAZID.....	192
NUTRILIPID INTRAVENOUS	
EMULSION 20 %.....	336
NUVAKAAN-II .....	166
<b>O</b>	
octreotide acetate injection solution 100	
mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50	
mcg/ml, 500 mcg/ml .....	336
ODOMZO .....	193
OFEV .....	194
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150	
MG, 50 MG.....	195
OJEMDA ORAL SUSPENSION	
RECONSTITUTED.....	196
OJEMDA ORAL TABLET .....	196
OJJAARA .....	197
OMNITROPE .....	96
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml..	336

ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg...	336
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8	
mg .....	336
ONUREG.....	198
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	
.....	199
OPSUMIT .....	200
ORENCIA CLICKJECT.....	201, 202
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION	
PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50	
MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML .....	201, 202
ORGOVYX.....	203
ORKAMBI.....	204
orphenadrine citrate er .....	114
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86	
MG .....	205
OTEZLA ORAL TABLET.....	206, 207
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY	
PACK.....	206, 207
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	94
OZEMPIC (1 MG/DOSE) .....	94
OZEMPIC (2 MG/DOSE) .....	94
<b>P</b>	
PANRETIN.....	208
pazopanib hcl .....	209
PEGASYS.....	210
PEMAZYRE.....	211
penicillamine.....	212
penicillin g potassium injection solution	
reconstituted 20000000 unit.....	336
penicillin g sodium injection solution	
reconstituted 5000000 unit.....	336
pentamidine isethionate inhalation solution	
reconstituted 300 mg.....	336
pentamidine isethionate injection solution	
reconstituted 300 mg.....	336
PERSERIS SUBCUTANEOUS	
PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	
.....	336
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	213
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	213
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	213
pirfenidone .....	214
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS	
SOLUTION.....	336

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025



POMALYST .....	215	REZLIDHIA .....	232
posaconazole .....	216	REZUROCK .....	233
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L .....	336	riluzole .....	234
PREVYMIS ORAL PACKET .....	217	RINVOQ .....	235
PREVYMIS ORAL TABLET .....	217	RINVOQ LQ.....	236
PRIZOPAK II .....	166	RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG .....	337
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG .....	336	risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg .....	337
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML .....	336	RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION.....	237
PROLIA .....	218, 219	RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 128 MG/0.8ML, 160 MG/ML .....	237
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG, 25 MG .....	220	ROMVIMZA .....	238
PROMACTA ORAL TABLET .....	220	ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG .....	239
promethazine hcl .....	107	ROZLYTREK ORAL PACKET .....	239
promethegan.....	107	RUBRACA .....	240
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML .....	337	rufinamide oral suspension .....	241
pyrimethamine .....	221	rufinamide oral tablet.....	241
<b>Q</b>		RYBELSUS .....	94
QINLOCK.....	222	RYBELSUS (FORMULATION R2).....	94
quinine sulfate .....	223	RYDAPT.....	242
<b>R</b>		<b>S</b>	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED... ..	337	sapropterin dihydrochloride .....	243
RALDESY .....	224	SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG.....	244
RAVICTI .....	225	SECUADO.....	15, 16
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML .....	337	SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML .....	245
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML .....	337	SIGNIFOR .....	246
REPATHA .....	226	sildenafil citrate oral tablet 20 mg .....	247
REPATHA SURECLICK.....	226	SIMLANDI (1 PEN).....	248
RETACRIT .....	71, 72	SIMLANDI (1 SYRINGE).....	248
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG .....	227	SIMLANDI (2 PEN).....	248
REVCovi.....	228, 229	SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML .....	248
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG, 25 MG.....	230	sirolimus oral solution 1 mg/ml .....	337
REXULTI .....	15, 16		
REZDIFFRA.....	231		

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	337
SIRTURO .....	249
SKYRIZI PEN .....	250
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION	
CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360	
MG/2.4ML .....	250
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION	
PREFILLED SYRINGE .....	250
sodium oxybate .....	251
sofosbuvir-velpatasvir .....	100
SOLTAMOX .....	252
SOMAVERT SUBCUTANEOUS	
SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG,	
15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG .....	253
sorafenib tosylate .....	254
STELARA SUBCUTANEOUS	
SOLUTION .....	255, 256
STELARA SUBCUTANEOUS	
SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45	
MG/0.5ML, 90 MG/ML .....	255, 256
STIVARGA .....	257
sunitinib malate .....	258
SYMPAZAN .....	40
SYNAREL .....	259
<b>T</b>	
TABLOID .....	260
TABRECTA .....	261
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	
.....	337
tadalafil .....	262
TAFINLAR ORAL CAPSULE .....	263
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE	
.....	263
TAGRISSO .....	264, 265
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS	
SOLUTION .....	266
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS	
SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150	
MG/ML, 300 MG/2ML .....	266
TALZENNA .....	267
TASIGNA .....	268
TAVNEOS .....	269
tazarotene external cream .....	270
tazarotene external gel .....	270
TAZVERIK .....	271

TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION	
RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	
.....	337
temazepam .....	108, 109
TEPMETKO .....	272
testosterone cypionate .....	129
testosterone enanthate .....	129
testosterone gel 1.62 % transdermal .....	279
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%) .....	279
testosterone transdermal solution .....	279
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	273
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG,	
150 MG, 200 MG, 50 MG .....	274
TIBSOVO .....	275
TIGECYCLINE INTRAVENOUS	
SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	
.....	337
TOBI PODHALER .....	276
tobramycin inhalation nebulization solution	
300 mg/5ml .....	337
tobramycin sulfate injection solution 10	
mg/ml, 80 mg/2ml .....	337
tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg .....	277
tolvaptan oral tablet therapy pack .....	277
toremifene citrate .....	280
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS	
CONCENTRATE .....	337
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION	
10 % .....	337
TRELSTAR MIXJECT	
INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG,	
3.75 MG .....	281
tretinoin external .....	278
trientine hcl .....	282
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY	
PACK .....	283
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-	
50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	
.....	283

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

TROPHAMINE INTRAVENOUS	
SOLUTION 10 % .....	337
TRULICITY .....	94
TRUQAP.....	284
TUKYSA .....	285
TURALIO .....	286
TYENNE.....	287, 288
TYMLOS .....	289
<b>U</b>	
UBRELVY.....	290
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG .....	291
UPTRAVI TITRATION.....	291
ustekinumab subcutaneous solution.....	292
ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml, 90 mg/ml.....	292
<b>V</b>	
VALCHLOR.....	293
VALTOCO 10 MG DOSE.....	294
VALTOCO 15 MG DOSE.....	294
VALTOCO 20 MG DOSE.....	294
VALTOCO 5 MG DOSE.....	294
VANFLYTA .....	295
VEMLIDY .....	99
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG.....	296
VENCLEXTA STARTING PACK .....	296
VEOZAH .....	297
VERQUVO .....	298
VERSACLOZ.....	15, 16
VERZENIO.....	299, 300
vigabatrin .....	301
vigadrone.....	301
vigpoder .....	301
VIJOICE .....	302
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG .....	303
VITRAKVI ORAL SOLUTION .....	303
VIZIMPRO .....	304
VONJO .....	305
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG .....	306, 307
VORANIGO .....	308
voriconazole intravenous .....	309
voriconazole oral suspension reconstituted .....	309
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg..	309
VOTRIENT.....	310
VOWST .....	311
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG .....	15, 16
VUMERITY .....	312
<b>W</b>	
WELIREG.....	313
WINREVAIR.....	314
<b>X</b>	
XALKORI ORAL CAPSULE.....	315
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG, 20 MG, 50 MG .....	315
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML .....	337
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	316
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	316
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG.....	316
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK.....	316
XDEMVY .....	317
XERMELO .....	318
XGEVA.....	319
XOLAIR .....	320, 321
XOSPATA .....	322
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)..	323, 324
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 40 MG .....	323, 324
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)..	323, 324
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)....	323, 324
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)..	323, 324
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)....	323, 324
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)..	323, 324
XTANDI ORAL CAPSULE.....	325

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG .....	325
<b>Y</b>	
YONSA.....	1
<b>Z</b>	
zaleplon .....	113
ZARXIO .....	326
ZEJULA .....	327
ZELBORAF.....	328
ZIEXTENZO .....	329

ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg.....	337
ZOLINZA .....	330
zolpidem tartrate .....	113
ZTALMY .....	331
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG.....	332
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG .....	333
ZYKADIA .....	334

## Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

English: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) 로 전화하세요.



Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

المساعدات والخدمات المساعدات تتوفر لك متاحة المجانية اللغوية المساعدة خدمات فإن ، العربية تتحدث كنت إذا: Arabic: 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) بالرقم اتصل. مجاناً إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات لتوفير المناسبة (8182).

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मु भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपल हैं। सुलभ परारूपों में जानकारी परदान करने के लिए उपयु सहायक एड्स और सेवाएं भी नि: शु उपल हैं। कॉल 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) に電話します。