



MCS Classicare 2025 Formulario 3 Criterios de Pre-Autorización

MCS Classicare Grupo MA-PD (HMO-POS) y 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 suscrito por MCS Advantage, Inc.

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

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

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

Última Actualización: 04/22/2025

H5577_2940824_C

Criterios de Pre Autorización

ABIRATERONE

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRC) o B.) Cáncer de próstata metastásico sensible a la castración (CSPC) de alto riesgo. Para el tratamiento de CRPC y CSPC, se usará abiraterone en combinación con prednisone Y se aplica uno de los siguientes 1.) Usado en combinación con 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 o en consulta con un oncólogo o urólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ACITRETIN

Productos Afectados

- *acitretin*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Insuficiencia hepática o renal grave, B.) Valores crónicos de lípidos en sangre anormalmente elevados o C.) Uso concomitante de metotrexato o tetracyclines
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un dermatólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ACTEMRA-3

Productos Afectados

- ACTEMRA
- ACTEMRA ACTPEN

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Arteritis de células gigantes, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular (PJIA) y el paciente ha probado y fracasado o tiene intolerancia o contraindicación a dos productos preferidos (por ejemplo, Adalimumab-ADB/Adalimumab-ADB/Adalimumab-ADB/Adalimumab-ADB, Enbrel), C.) Artritis reumatoide (RA) y el paciente ha probado y fracasado o tiene intolerancia o contraindicación a dos productos preferidos (por ejemplo, Adalimumab-ADB/Adalimumab-ADB/Adalimumab-ADB, Humira, Enbrel, Rinvoq), D.) Artritis juvenil idiopática sistémica (SJIA), o E.) Enfermedad pulmonar intersticial asociada a esclerosis sistémica.
Restricciones de edad	Mayores de 2 años
Restricciones de proveedor	Para RA, pJIA: Reumatólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ACTIMMUNE

Productos Afectados

- ACTIMMUNE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Enfermedad granulomatosa crónica para uso en la reducción de la frecuencia y la gravedad de infecciones graves, o B.) Osteopetrosis maligna grave (SMO)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ADALIMUMAB-ADBM

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) subcutaneous prefilled syringe kit 10*
 - *adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt)*
 - *adalimumab-adbm(ps/uv starter)*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	<p>Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide, moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, E.) Enfermedad de Crohn moderada a grave sin respuesta a una o más terapias convencionales (corticosteroides, azathioprine, metotrexato, mesalamine), F.) Enfermedad de Crohn de moderada a grave sin respuesta a dos o más terapias convencionales (corticosteroides, azathioprine, metotrexato), G.) Colitis ulcerativa moderada a grave en pacientes que hayan tenido una respuesta inadecuada a al menos un inmunosupresor corticosteroides, azathioprine), H.) Uveítis no infecciosa (intermedia, posterior y panuveítis), o I.) Hidradenitis supurativa moderada a grave. Para artritis reumatoide moderada a grave activa: 1 respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato o a los corticosteroides. Para espondilitis anquilosante activa: 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 cualquiera de los siguientes: a) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento 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 [manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas)</p>

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Restricciones de edad	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 ulcerativa: Mayores de 5 años. Para todas las otras indicaciones, mayores de 18 años.
Restricciones de proveedor	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.
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ADEMPAS

Productos Afectados

- ADEMPAS

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Administración concomitante con nitratos o donantes de óxido nítrico (como amyl nitrate) en cualquier forma, B.) Administración concomitante con inhibidores de la fosfodiesterasa, incluyendo inhibidores específicos de PDE-5 (como sildenafil, tadalafil o vardenafil) o inhibidores no específicos de PDE (como dipiridamole o theophylline), C.) Pacientes con hipertensión pulmonar asociada con neumonía intersticial idiopática
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Hipertensión arterial pulmonar (grupo I de la OMS) y el diagnóstico lo confirmó un cateterismo derecho del corazón o un ecocardiograma Doppler, si al paciente no se le puede hacer un cateterismo derecho del corazón (por ejemplo, el paciente es frágil, es adulto mayor, etc.), Y fracaso con el tratamiento con bosentan o ambrisentan, o B.) Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (CTEPH, grupo 4 de la OMS) y el paciente tiene enfermedad persistente o recurrente después del tratamiento quirúrgico (por ejemplo, endarterectomía pulmonar) o tiene CTEPH inoperable (las pacientes mujeres deben inscribirse en el programa ADEMPAS REMS), Y fracaso con el tratamiento con bosentan.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Continuación de la terapia: el paciente tolera y responde al medicamento y tiene capacidad mejorada de ejercicio o un retraso en el empeoramiento clínico.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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

Criterios de Pre Autorización
 MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512
 Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

AFINITOR

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Hipersensibilidad al everolimus, o B.) Hipersensibilidad a los derivados de rapamycin (por ejemplo, sirolimus)
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

AIMOVIG-3

Productos Afectados

- AIMOVIG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno crónico o episódico de migraña y el paciente tuvo una respuesta inadecuada o contraindicación a por lo menos 1 medicamento genérico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) usados para la prevención de la migraña (por ejemplo, propranolol, topiramate, divalproex, timolol), o B.)
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

AJOVY-3

Productos Afectados

- AJOVY

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno crónico o episódico de migraña y el paciente tuvo una respuesta inadecuada o contraindicación a por lo menos 1 medicamento genérico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) usados para la prevención de la migraña (por ejemplo, propranolol, topiramate, divalproex, timolol), o B.)
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

AKEEGA

Productos Afectados

- AKEEGA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ALECENSA

Productos Afectados

- ALECENSA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ALOSETRON

Productos Afectados

- *alose tron hcl*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ALUNBRIG

Productos Afectados

- ALUNBRIG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

AMBRISENTAN

Productos Afectados

- *ambrisentan*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Fibrosis pulmonar idiopática (IPF), incluyendo los que tienen hipertensión pulmonar
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar clasificada como grupo I de la OMS, confirmada por un cateterismo derecho del corazón o un ecocardiograma Doppler, si al paciente no se le puede hacer un cateterismo derecho del corazón (por ejemplo, el paciente es frágil, es adulto mayor, etc.)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Continuación de la terapia: el paciente tolera y responde al medicamento y tiene mayor capacidad de ejercicio o un retraso en el empeoramiento clínico.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

APTIOM

Productos Afectados

- APTIOM

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial
Restricciones de edad	Mayores de 4 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ARCALYST

Productos Afectados

- ARCALYST

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS), incluyendo el síndrome autoinflamatorio familiar por frío (FCAS) y el síndrome de Muckle-Wells (MWS), B.) Deficiencia del antagonista del receptor de interleucina-1 (DIRA) y el paciente necesita terapia de mantenimiento para la remisión, o C.) Pericarditis recurrente (RP) y reducción del riesgo de recurrencia
Restricciones de edad	Mayores de 12 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un reumatólogo, genetista, alergólogo/inmunólogo, cardiólogo o dermatólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ARIKAYCE

Productos Afectados

- ARIKAYCE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Sensibilidad conocida a cualquier aminoglucósido
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de infección por el complejo Mycobacterium avium (MAC) y se usa como parte de un régimen combinado antibacteriano en pacientes resistentes al tratamiento (más de 6 meses de régimen de antecedentes con varios medicamentos)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas o neumólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ATYPICALS

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Se cubrirán antipsicóticos atípicos selectos cuando se cumpla uno de los siguientes: A.) El paciente está usando el medicamento que se pide para una indicación admitida por el compendio o aprobada por la FDA, y el paciente no puede tomar al menos un antipsicótico atípico oral genérico (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).
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

AUGTYRO

Productos Afectados

- AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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
Restricciones de edad	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
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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 Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Ideación suicida, o depresión no tratada o con tratamiento inadecuado, en un paciente con enfermedad de Huntington, B.) Insuficiencia hepática, C.) Uso concomitante de MAOI, reserpine, tetrabenazine o valbenazine
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Corea asociada con la enfermedad de Huntington (corea de Huntington), o B.) Discinesia tardía
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo o psiquiatra
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

AUVELITY

Productos Afectados

- AUVELITY

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	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.
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno depresivo mayor Y fracaso, contraindicación o intolerancia a las alternativas genéricas o las alternativas genéricas, como los SSRI, SNRI o antidepresivos tricíclicos, no se recomiendan según las directrices publicadas o la literatura clínica
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

AYVAKIT

Productos Afectados

- AYVAKIT

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo, alergólogo o inmunólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BALVERSA

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico y ambos de los siguientes: 1.) Alteraciones genéticas del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR)3 susceptibles confirmadas por una prueba de diagnóstico aprobada por la FDA, y 2.) El paciente progresó durante o siguiendo al menos una línea de terapia sistémica anterior.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BANZEL

Productos Afectados

- *rufinamide oral tablet*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Síndrome de QT corto familiar
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BENLYSTA

Productos Afectados

- BENLYSTA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Lupus eritematoso sistémico (SLE) activo y con autoanticuerpos positivos o B) Nefritis lúpica activa y el paciente está recibiendo la terapia estándar (corticosteroides, antimaláricos, NSAID, inmunosupresores)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un nefrólogo o reumatólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BESREMI

Productos Afectados

- BESREMI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	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
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de policitemia vera
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BEXAROTENE GEL

Productos Afectados

- *bexarotene*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BEXAROTENE ORAL

Productos Afectados

- *bexarotene*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de linfoma cutáneo de células T (CTCL) y el paciente no es candidato o tuvo una respuesta inadecuada a, es intolerante a, o tiene contraindicación a, por lo menos una terapia sistémica anterior (por ejemplo, corticosteroides) para manifestaciones cutáneas de CTCL
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo, hematólogo o dermatólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BOSENTAN

Productos Afectados

- *bosentan*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Terapia concomitante con cyclosporine A o glyburide
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (grupo I de la OMS) y el paciente tiene la clase II-IV funcional según la New York Heart (NYHA), confirmada por un cateterismo derecho del corazón o un ecocardiograma Doppler, si al paciente no se le puede hacer un cateterismo derecho del corazón (por ejemplo, el paciente es frágil, es adulto mayor, etc.)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
Duración de Cobertura	Inicial: 6 meses, Renovación: Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BOSULIF

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia mielógena crónica (CML) positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+) en fase crónica, acelerada o blástica con resistencia o respuesta inadecuada a terapia previa, o B.) CML positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+) en fase crónica recién diagnosticada
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BRAFTOVI

Productos Afectados

- BRAFTOVI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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 oxaliplatin). 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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BRIVIACT

Productos Afectados

- BRIVIACT

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial, el miembro debe tener una historia de respuesta inadecuada, contraindicación o intolerancia al levetiracetam antes de la aprobación.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BRONCHITOL

Productos Afectados

- BRONCHITOL
- BRONCHITOL TOLERANCE TEST

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis quística del pulmón
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por un neumólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

BRUKINSA

Productos Afectados

- BRUKINSA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) linfoma de células del manto (MCL) y paciente que recibió al menos una terapia previa, B.) Tratamiento de pacientes adultos con macroglobulinemia de Waldenström, C.) Tratamiento de pacientes adultos con linfoma de zona marginal en recaída o refractario que hayan recibido al menos un régimen basado en anti-CD20 (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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

CABOMETYX

Productos Afectados

- CABOMETYX

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma avanzado de células renales, o B.) Carcinoma hepatocelular (HCC) avanzado y se trató antes al paciente con sorafenib, o 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
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

CALQUENCE

Productos Afectados

- CALQUENCE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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.) Linfoma de células del manto (MCL) en pacientes no habían sido tratados antes que no son elegibles para el trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas y se usa en combinación con bendamustine y rituximab
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

CAMZYOS

Productos Afectados

- CAMZYOS

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCH) clase II-III sintomática de la New York Heart Association (NYHA) en pacientes adultos
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

CAPRELSA

Productos Afectados

- CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG,
300 MG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Síndrome congénito de QT largo
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de tiroides medular (MTC) avanzado metastásico o inoperable Y la enfermedad es sintomática o progresiva
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

CARGLUMIC ACID

Productos Afectados

- *carglumic acid*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

CAYSTON

Productos Afectados

- CAYSTON

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

CLOBAZAM

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

CNS STIMULANTS

Productos Afectados

- *armodafinil*
- *modafinil*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

COBENFY

Productos Afectados

- COBENFY
- COBENFY STARTER PACK

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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)
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

COMETRIQ

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer medular de tiroides metastásico progresivo
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un hematólogo u oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

COPIKTRA

Productos Afectados

- COPIKTRA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

CORLANOR

Productos Afectados

- CORLANOR

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Insuficiencia cardíaca aguda descompensada, B.) hipotensión (por ejemplo, presión menor a 90/50 mmHg), C.) síndrome del nódulo sinusal enfermo o bloqueo sinoauricular o bloqueo AV de 3.º 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
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Pacientes adultos con insuficiencia cardíaca crónica sintomática estable con fracción de eyección ventricular izquierda del 35 % o menos, 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
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

COSENTYX

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	<p>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)</p>
Restricciones de edad	4 años para JIA. 2 años para PSA y 6 años para PsO
Restricciones de proveedor	Para PsO y HS: Dermatólogo 1) PsA: dermatólogo o reumatólogo, 2)RA, nr-axSpA y AS: reumatólogo

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de evaluación de TB con fecha de lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

COTELLIC

Productos Afectados

- COTELLIC

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) melanoma maligno inoperable o metastásico con mutación BRAF V600E O V600K y documentación de terapia combinada con vemurafenib (Zelboraf) o B.) Neoplasias histiocíticas
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un hematólogo u oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

CYSTAGON

Productos Afectados

- CYSTAGON

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Hipersensibilidad grave conocida a penicillamine o cysteamine
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cistinosis nefropática confirmado por la presencia de un aumento de la concentración de cisteína en los leucocitos o por pruebas genéticas
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DALFAMPRIDINE

Productos Afectados

- *dalfampridine er*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	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)
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de esclerosis múltiple y el paciente debe demostrar discapacidad sostenida para caminar, pero con la capacidad de caminar 25 pies (con o sin ayuda) antes de comenzar con dalfampridine
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DANZITEN

Productos Afectados

- DANZITEN

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: 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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un hematólogo u oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DASATINIB

Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DAURISMO

Productos Afectados

- DAURISMO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DAYBUE

Productos Afectados

- DAYBUE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DEFERASIROX

Productos Afectados

- *deferasirox*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Eliminación de creatinina menor a 40 mL/min, B.) Mal estado de desempeño, C.) Recuento de plaquetas menor a $50 \times 10^9/L$, D.) Malignidad avanzada, E.) Síndrome mielodisplásico (MDS) de alto riesgo
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Sobrecarga crónica de hierro en pacientes con síndromes de talasemia no dependientes de transfusiones que tienen concentraciones de hierro en el hígado de por lo menos 5 mg Fe/g de peso en seco Y un nivel de ferritina sérica mayor a 300 mcg/L, o B.) Sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre (hemosiderosis por transfusión) según se evidencia por la transfusión de por lo menos 100 mL/kg de glóbulos rojos empacados Y un nivel de ferritina sérica mayor a 1000 mcg/L
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un hematólogo u oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DEFERIPRONE

Productos Afectados

- *deferiprone*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un hematólogo u oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DIACOMIT

Productos Afectados

- DIACOMIT

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de epilepsia mioclónica grave de la infancia (síndrome de Dravet) en pacientes que toman clobazam
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DICLOFENAC PATCH

Productos Afectados

- *diclofenac epolamine*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DIMETHYL FUMARATE

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de ExclusiónInformación Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Formas recurrentes de esclerosis múltiple (por ejemplo, síndrome clínicamente aislado, MS recurrente-remitente, enfermedad progresiva activa secundaria o MS progresiva-recurrente), o B.) El paciente tuvo un primer episodio clínico y tiene características de MRI congruentes con esclerosis múltiple
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DRONABINOL

Productos Afectados

- *dronabinol*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DROXIDOPA

Productos Afectados

- *droxidopa*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Inicial: 1 mes, Renovación: 3 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

DUPIXENT

Productos Afectados

- DUPIXENT

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina, O los corticosteroides tópicos 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 medias a altas, a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a esas terapias. Para el asma de moderado a grave, terapia inicial: El paciente tiene un recuento de referencia de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro y su asma continúa estando inadecuadamente controlado a pesar del tratamiento actual con: corticosteroides inhalados a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a esa terapia. C.) Pólipos nasales en pacientes con una respuesta inadecuada a 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 ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con fluticasone. Para la esofagitis eosinofílica, fracaso, intolerancia o contraindicación a los PPI. Tratamiento complementario de mantenimiento para pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con un control inadecuado y fenotipo eosinofílico. Para el tratamiento del prurigo nodular.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

EMGALITY-3

Productos Afectados

- EMGALITY
- EMGALITY (300 MG DOSE)

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Trastorno crónico o episódico de migraña y el paciente tiene una respuesta inadecuada o contraindicación a por lo menos 1 medicamento genérico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) usados para la prevención de la migraña (por ejemplo, propranolol, topiramate, divalproex, timolol), o B.) Dolor de cabeza episódico en racimos
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

EMSAM

Productos Afectados

- EMSAM

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Uso concomitante con cualquiera de los siguientes: SSRI, SNRI, clomipramine, imipramine, meperidine, tramadol, methadone, pentazocine, propoxyphene, dextromethorphan, carbamazepine, o B.) Feocromocitoma
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno depresivo mayor y el paciente estuvo en modo de prueba de por lo menos 2 antidepresivos orales genéricos de diferentes clases (al menos uno debe ser de la siguiente lista: inhibidores selectivos de 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)
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ENBREL

Productos Afectados

- ENBREL
- ENBREL SURECLICK
- ENBREL MINI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	<p>Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, o E.) Psoriasis en placas crónica moderada a grave en pacientes que son candidatos a terapia sistémica o fototerapia. Para artritis reumatoide moderada a grave activa: 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato (MTX) o a los corticosteroides. Para espondilitis anquilosante activa: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (NSAID). Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo para nuevos comienzos): 1) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSC) 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, ciclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporine 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).</p>
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	Año del plan

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de evaluación de TB con fecha de lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ENSPRYNG

Productos Afectados

- ENSPRYNG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Infección activa por hepatitis B o B.) Tuberculosis latente activa o sin tratar
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD) en pacientes que son positivos para anticuerpos contra acuaporina-4 (AQP4)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo, inmunólogo u oftalmólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

EPIDIOLEX

Productos Afectados

- EPIDIOLEX

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un neurólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

EPOETIN THERAPY

Productos Afectados

- RETACRIT

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Debe cumplir todos los siguientes criterios. 1) Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Enfermedad neoplásica no mieloide y se utiliza 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 que causa anemia, o D.) Estado de candidato de alto riesgo quirúrgico con riesgo de sangrado 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-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 programados para hacerse una operación electiva, no cardíaca y no vascular
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	3 meses
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ERIVEDGE

Productos Afectados

- ERIVEDGE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ERLEADA

Productos Afectados

- ERLEADA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer no metastásico de próstata resistente a la castración (nmCRPC), o B.) Cáncer metastásico de próstata sensible a la castración (mCSPC). Para el tratamiento de nmCRPC y mCSPC, se aplica uno de los siguientes: 1.) Usado en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O 2) el paciente recibió una orquiectomía bilateral
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ERLOTINIB

Productos Afectados

- *erlotinib hcl*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer metastásico de páncreas localmente avanzado, no operable y se usará erlotinib en combinación con gemcitabine, B.) Cáncer de pulmón 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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ERZOFRI

Productos Afectados

- ERZOFRI INTRAMUSCULAR 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 351 MG/2.25ML, 390 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
Otros Criterios	Para continuar con la terapia, el miembro debe ser reevaluado por el psiquiatra para evaluar la respuesta clínica. El tratamiento debe interrumpirse si se documenta una falla en la terapia o un evento adverso o si el miembro no demuestra adherencia al tratamiento.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

EVEROLIMUS SUSPENSION

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Hipersensibilidad al everolimus, o B.) Hipersensibilidad a los derivados de rapamycin (por ejemplo, sirolimus)
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Convulsiones de inicio parcial asociado al complejo de esclerosis tuberosa (TSC), o B.) Astrocitoma subependimario de células gigantes (SEGA) asociado con complejo de esclerosis tuberosa en pacientes que no son candidatos a operación curativa
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

EVRYSDI

Productos Afectados

- EVRYSDI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de atrofia muscular espinal (SMA)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

FASENRA

Productos Afectados

- FASENRA
- FASENRA PEN

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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).
Restricciones de edad	Ninguno
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

FEBUXOSTAT

Productos Afectados

- *febuxostat*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante de azathioprine o mercaptopurine
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de gota y todo lo siguiente: 1.) respuesta inadecuada al tratamiento documentada, evento adverso o contraindicación a la dosis máximamente titulada de allopurinol, y 2.) pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, el proveedor que receta certifica que el beneficio del tratamiento sobrepasa el riesgo del tratamiento
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

FILSPARI

Productos Afectados

- FILSPARI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

FINTEPLA

Productos Afectados

- FINTEPLA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante con MAOI o en el plazo de 14 días de la terapia con MAOI
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes o ambos: Epilepsia mioclónica grave de la infancia (síndrome de Dravet), Síndrome de Lennox-Gastaut
Restricciones de edad	Mayores de 2 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

FIRMAGON

Productos Afectados

- FIRMAGON
- FIRMAGON (240 MG DOSE)

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de próstata avanzado
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

FOTIVDA

Productos Afectados

- FOTIVDA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de las células renales (RCC) avanzado recurrente o refractario después de 2 o más terapias sistémicas anteriores
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

FRUZAQLA

Productos Afectados

- FRUZAQLA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer colorrectal metastásico (mCRC) y todo lo siguiente: A.) el paciente se ha tratado previamente con fluoropyrimidine, oxaliplatin, quimioterapia basada en irinotecan, B.) 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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

FULPHILA

Productos Afectados

- FULPHILA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

FYCOMPA

Productos Afectados

- FYCOMPA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Convulsiones de inicio parcial con o sin generalización secundaria, o B.) Trastorno primario de convulsiones tónico-clónicas generalizadas como terapia adicional
Restricciones de edad	Mayores de 4 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

GAVRETO

Productos Afectados

- GAVRETO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

GEFITINIB

Productos Afectados

- *gefitinib*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un hematólogo u oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

GILOTRIF

Productos Afectados

- GILOTRIF

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

GLATIRAMER

Productos Afectados

- *glatiramer acetate*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Formas recurrentes de esclerosis múltiple (por ejemplo, síndrome clínicamente aislado, MS recurrente-remitente, enfermedad progresiva activa secundaria o MS progresiva-recurrente), o B.) El paciente tuvo un primer episodio clínico y tiene características de MRI congruentes con esclerosis múltiple
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

GLEOSTINE

Productos Afectados

- GLEOSTINE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Debe cumplir uno de los siguientes requisitos: A.) Enfermedad de Hodgkin en un paciente que recayó durante o no respondió a la terapia primaria y se usa en combinación con otros agentes O B.) Tumor intracraneal
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

GLP1

Productos Afectados

- BYDUREON BCISE
- MOUNJARO
- OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)
- OZEMPIC (1 MG/DOSE)
SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-
INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML
- OZEMPIC (2 MG/DOSE)
- RYBELSUS
- RYBELSUS (FORMULATION R2)
- TRULICITY

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Se usa para pérdida de peso
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Se receta el medicamento para una indicación aprobada por la FDA
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

GOMEKLI

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de neurofibromatosis tipo 1 en adultos y pacientes pediátricos mayores de 2 años que tiene neurofibromas plexiformes sintomáticos inoperables.
Restricciones de edad	Mayores de 2 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

GROWTH HORMONE

Productos Afectados

- OMNITROPE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	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
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Declaración de respaldo del médico para el diagnóstico
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo o nefrólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HADLIMA

Productos Afectados

- HADLIMA
- HADLIMA PUSH TOUCH

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	<p>Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide, moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, E.) Enfermedad de Crohn moderada a grave sin respuesta a terapias convencionales (, corticosteroides, azathioprine, metotrexato, mesalamine), F.) Colitis ulcerativa moderada a grave en pacientes que hayan tenido una respuesta inadecuada a al menos un inmunosupresor (por ejemplo, corticosteroides, azathioprine), G.) Uveítis no infecciosa (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 moderada a grave activa: 1) respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al metotrexato o a los corticosteroides. Para espondilitis anquilosante activa: 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 cualquiera de los siguientes: a) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (UVB, PUVA) o al tratamiento con metotrexato, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento con metotrexato, cyclosporine o acitretin está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (al menos el 10 % de la BSA o las áreas cruciales del cuerpo [manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas)</p>
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Restricciones de proveedor	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.
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HEPATITIS B

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HEPATITIS C

Productos Afectados

- *ledipasvir-sofosbuvir*
- *sofosbuvir-velpatasvir*
- MAVYRET

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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 O (2) tratamiento para pacientes con cirrosis compensada si usan Mavyret
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas
Duración de Cobertura	Duración de la aprobación según las directrices de AASLD
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HRM - ANALGESICS

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HRM - ANTI-ARRHYTHMICS

Productos Afectados

- DIGOXIN ORAL SOLUTION
- *digoxin oral tablet 250 mcg*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de ExclusiónInformación 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	Año del plan
Otros Criterios	Alternativas que no son HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): propranolol, sotalol, dofetilide, amiodarone, propafenone, mexiletine
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HRM - ANTICHOLINERGIC

Productos Afectados

- *chlordiazepoxide-clidinium*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HRM - ANTIDEPRESSANTS

Productos Afectados

- *chlordiazepoxide-amitriptyline*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HRM - ANTIHISTAMINES

Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HRM - ANTIPARKINSON AGENTS

Productos Afectados

- *benztropine mesylate*
- *trihexyphenidyl hcl*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
Otros Criterios	Alternativas que no son HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): amantadine, carbidopa/levodopa, entacapone, Neupro, pramipexole, ropinirole, selegiline
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HRM - BENZODIAZEPINES

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	<p>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, recetarlo en dosis reducidas o usarlo 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)</p>
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 medicamento aceptadas.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HRM - CARDIOVASCULAR

Productos Afectados

- *guanfacine hcl er*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
Otros Criterios	Alternativas que no son HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): atomoxetine, dexmethylphenidate, methylphenidate
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HRM - MEGESTROL

Productos Afectados

- *megestrol acetate*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
Otros Criterios	Alternativas no relacionadas con los HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): dronabinol
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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 intenosol*
- *diazepam oral solution*
- *diazepam oral tablet*
- *lorazepam intenosol*
- *lorazepam oral concentrate*
- *lorazepam oral tablet*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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).
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HRM - SEDATIVE HYPNOTICS

Productos Afectados

- *zaleplon*
- *zolpidem tartrate*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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.)
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	Año del plan
Otros Criterios	Alternativas que no son HRM en la lista de medicamentos cubiertos (formulario): Belsomra, tabletas de doxepin de 3 mg y 6 mg, trazodone
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HRM - SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

Productos Afectados

- *cyclobenzaprine hcl*
- *orphenadrine citrate er*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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): baclofen
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HUMIRA

Productos Afectados

- HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML
- HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML
- HUMIRA-CD/UC/HS STARTER
- HUMIRA-PED \geq 40KG UC STARTER
- HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	<p>Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide, moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, E.) Enfermedad de Crohn moderada a grave sin respuesta a una o más terapias convencionales (corticosteroides, azathioprine, metotrexato, mesalamine), F.) Enfermedad de Crohn de moderada a grave sin respuesta a dos o más terapias convencionales (corticosteroides, azathioprine, metotrexato), G.) Colitis ulcerativa moderada a grave en pacientes que hayan tenido una respuesta inadecuada a al menos un inmunosupresor corticosteroides, azathioprine), H.) Uveítis no infecciosa (intermedia, posterior y panuveítis), o I.) Hidradenitis supurativa moderada a grave. Para artritis reumatoide moderada a grave activa: 1 respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato o a los corticosteroides. Para espondilitis anquilosante activa: 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 cualquiera de los siguientes: a) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento 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</p>

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
	la BSA o las áreas cruciales del cuerpo [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 hidradenitis supurativa: Mayores de 12 años. Para uveítis: Mayores de 2 años. Para colitis ulcerativa: Mayores de 5 años. Para todas las otras indicaciones, mayores de 18 años.
Restricciones de proveedor	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.
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

HYFTOR

Productos Afectados

- HYFTOR

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

IBRANCE

Productos Afectados

- IBRANCE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), positivo para receptores hormonales (HR) y se ha usado en combinación con un inhibidor de la aromatasa en pacientes hombres o mujeres como terapia endocrina inicial
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ICATIBANT

Productos Afectados

- *icatibant acetate*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ICLUSIG

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de ExclusiónInformación Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leucemia mieloide crónica (CML) en fase crónica, fase acelerada o fase blástica en pacientes adultos T315I-positivos o para los que no está indicado ningún otro tratamiento inhibidor de la tirosina cinasa, B) Leucemia mieloide crónica (CML) en fase crónica en pacientes adultos con resistencia o intolerancia a al menos dos inhibidores de la quinasa anteriores, o C) Leucemia linfoblástica aguda positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+ ALL) 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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

IDHIFA

Productos Afectados

- IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

IMATINIB

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

IMBRUVICA

Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

IMKELDI

Productos Afectados

- IMKELDI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

IMPAVIDO

Productos Afectados

- IMPAVIDO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Síndrome de Sjogren-Larsson
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Leishmaniasis visceral causada por <i>Leishmania donovani</i> , B.) Leishmaniasis cutánea causada por <i>Leishmania braziliensis</i> , <i>Leishmania guyanensis</i> y <i>Leishmania panamensis</i> , o C.) Leishmaniasis de las mucosas causada por <i>Leishmania braziliensis</i>
Restricciones de edad	Mayores de 12 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

INCRELEX

Productos Afectados

- INCRELEX

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	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
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Deficiencia grave primaria del factor de crecimiento semejante a la insulina 1 (IGF-1) y se 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
Restricciones de edad	Mayores de 2 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

INJECTABLE TESTOSTERONE

Productos Afectados

- *testosterone cypionate*
- *testosterone enanthate*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Carcinoma de mama (solo hombres) o B.) Carcinoma de la próstata, conocido o sospechado
Criterios de ExclusiónInformación Médica Requerida	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
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

INLYTA

Productos Afectados

- INLYTA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un hematólogo u oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

INQOVI

Productos Afectados

- INQOVI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de ExclusiónInformación 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 o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

INREBIC

Productos Afectados

- INREBIC

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

INVEGA HAFYERA

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
Otros Criterios	Para continuar con la terapia, el miembro debe ser reevaluado por el psiquiatra para evaluar la respuesta clínica. El tratamiento debe interrumpirse si se documenta una falla en la terapia o un evento adverso o si el miembro no demuestra adherencia al tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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 Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un psiquiatra
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Para continuar con la terapia, el miembro debe ser reevaluado por el psiquiatra para evaluar la respuesta clínica. El tratamiento debe interrumpirse si se documenta una falla en la terapia o un evento adverso o si el miembro no demuestra adherencia al tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ITOVEBI

Productos Afectados

- ITOVEBI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ITRACONAZOLE

Productos Afectados

- *itraconazole*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Disfunción ventricular (por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) o historia de CHF), B.) Terapia concurrente con un sustrato de CYP3A4 (por ejemplo, methadone, lovastatin, simvastatin, etc.), C.) Uso concurrente de inhibidores de CYP2D6 (por ejemplo, bupropion, fluoxetine, paroxetine, quinidine, terbinafine), o D.) Insuficiencia renal o hepática y uso concomitante de colchicine, fesoterodine, o solifenacin
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	6 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

IVABRADINE

Productos Afectados

- *ivabradine hcl*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	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.º 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
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Pacientes adultos con insuficiencia cardíaca crónica sintomática estable con fracción de eyección ventricular izquierda del 35 % o menos, 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
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

IVERMECTIN

Productos Afectados

- *ivermectin*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Prevención o tratamiento de COVID-19
Criterios de Exclusión 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

IWILFIN

Productos Afectados

- IWILFIN

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

JAKAFI

Productos Afectados

- JAKAFI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de ExclusiónInformación Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Mielofibrosis intermedia o de alto riesgo, incluyendo mielofibrosis primaria, mielofibrosis posterior a policitemia vera y mielofibrosis posterior a trombocitemia esencial, B.) Policitemia vera Y el paciente tuvo una respuesta inadecuada o es intolerante a 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
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

JAYPIRCA

Productos Afectados

- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

JOENJA

Productos Afectados

- JOENJA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico del síndrome de la fosfatidilinositol-3-cinasa (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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

KALYDECO

Productos Afectados

- KALYDECO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis quística (CF) y el paciente tiene 1 mutación en el gen regulador de conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que responde a la potenciación de ivacaftor basado en datos de ensayos clínicos o in vitro
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo o el proveedor de atención primaria que receta es de un centro de CF acreditado por la Fundación para la Fibrosis Quística (Cystic Fibrosis Foundation)
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

KERENDIA

Productos Afectados

- KERENDIA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

KISQALI

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	<p>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.</p>
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

KISQALI FEMARA

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

KORLYM

Productos Afectados

- KORLYM

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	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
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de síndrome endógeno de Cushing en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 o intolerancia a la glucosa, y deben cumplirse todos los siguientes: 1.) Se usa para controlar la hiperglucemia secundaria a hipercortisolismo, Y 2.) El paciente no tuvo éxito con o no es candidato para operación
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

KOSELUGO

Productos Afectados

- KOSELUGO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de neurofibromatosis tipo 1 (NF1) en un paciente que tiene neurofibromas plexiformes (PN) sintomáticos inoperables
Restricciones de edad	De 2 a 17 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

KRAZATI

Productos Afectados

- KRAZATI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: 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, oxaliplatin e irinotecan
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LAPATINIB

Productos Afectados

- *lapatinib ditosylate*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LAZCLUZE

Productos Afectados

- LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG,
80 MG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de ExclusiónInformación 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 o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LENALIDOMIDE

Productos Afectados

- *lenalidomide*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 anomalía citogenética de delección 5q o sin más anomalías 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 o en consulta con un hematólogo u oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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 Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de tiroides diferenciado localmente recurrente o metastásico, progresivo resistente al yodo radioactivo, B.) Carcinoma 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
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LEUKINE

Productos Afectados

- LEUKINE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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)

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

L-GLUTAMINE

Productos Afectados

- *l-glutamine*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LIDOCAINE EXT

Productos Afectados

- *lidocaine external ointment*
- *lidocaine hcl*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LINEZOLID

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Uso concomitante de un MAOI, o B.) Uso en el plazo de 14 días de la suspensión de un MAOI
Criterios de ExclusiónInformación Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: 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
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	1 mes
Otros Criterios	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LIVTENCITY

Productos Afectados

- LIVTENCITY

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de infección por citomegalovirus (CMV) postransplante 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LONSURF

Productos Afectados

- LONSURF

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LORBRENA

Productos Afectados

- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG,
25 MG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante con inductores fuertes del CYP3A4
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) metastásico positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK) según lo detectara una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LUMAKRAS

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) localmente avanzado o metastásico con mutación de KRAS G12C, según lo determinara una prueba aprobada por la FDA, y, el paciente recibió por lo menos una terapia sistémica anterior (por ejemplo, inhibidor de puntos de control inmunitarios, quimioterapia basada en platino). 2) Diagnóstico de cáncer colorrectal metastásico (mCRC) con mutación de KRAS G12C, según lo determinara una prueba aprobada por la FDA, en combinación con Vectibix en pacientes que recibieron quimioterapia basada en fluoropyrimidine, oxaliplatin e irinotecan
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LYNPARZA

Productos Afectados

- LYNPARZA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

LYTGOBI

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

MATULANE

Productos Afectados

- MATULANE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Reserva inadecuada de médula ósea
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad de Hodgkin, etapas III y IV, y se usa en combinación con otros medicamentos oncológicos
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

MAYZENT

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Genotipo CYP2C9*3/*3, B.) En los últimos 6 meses, tuvo infarto de miocardio, angina inestable, derrame cerebral, TIA, insuficiencia cardíaca descompensada que necesitó hospitalización, insuficiencia cardíaca de clase III-IV, o C.) Presencia de loqueo AV de Mobitz tipo II de segundo grado o de tercer grado, o síndrome del nódulo sinusal enfermo, a menos que el paciente tenga un marcapasos en funcionamiento
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Formas recurrentes de esclerosis múltiple (por ejemplo, síndrome clínicamente aislado, MS recurrente-remitente, enfermedad progresiva activa secundaria o MS progresiva-recurrente), o B.) El paciente tuvo un primer episodio clínico y tiene características de MRI congruentes con esclerosis múltiple.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

MEKINIST

Productos Afectados

- MEKINIST

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

MEKTOVI

Productos Afectados

- MEKTOVI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

MERCAPTOPURINE

Productos Afectados

- *mercaptopurine oral suspension*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, 2.) Uso en combinación con methotrexate, 3.) El paciente estuvo en modo de prueba y error o tiene contraindicación/intolerancia a las tabletas de mercaptopurine
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

MIFEPRISTONE

Productos Afectados

- *mifepristone*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) coadministración con simvastatin, lovastatin, o sustratos de CYP3A con rangos terapéuticos reducidos, B.) tratamiento concomitante con corticosteroides sistémicos para condiciones médicas o enfermedades graves. C.) historia de sangrado vaginal sin explicación, D.) hiperplasia endometrial con atipia o carcinoma endometrial
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de síndrome endógeno de Cushing en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 o intolerancia a la glucosa, y deben cumplirse todos los siguientes: 1.) Se usa para manejar la hiperglucemia secundaria a hipercortisolismo, y 2.) El paciente no tuvo éxito con o no es candidato para operación
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

MIGLUSTAT

Productos Afectados

- *miglustat*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

NAYZILAM

Productos Afectados

- NAYZILAM

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

NERLYNX

Productos Afectados

- NERLYNX

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer de mama positivo para HER2 en etapa inicial, y se usa después de terapia adyuvante con trastuzumab, o B.) Cáncer de mama avanzado o metastásico positivo para HER2, se usa en combinación con capecitabine Y el paciente recibió 2 o más regímenes previos de base anti-HER2 en el entorno metastásico
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

NINLARO

Productos Afectados

- NINLARO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de mieloma múltiple, para ser utilizado en combinación con lenalidomide y dexametasona, Y el paciente tiene antecedentes de al menos 1 tratamiento previo. Algunos ejemplos son bortezomib, ciclofosfamida, Kypolis (infusión intravenosa de carfilzomib), lenalidomide, Darzalex (infusión intravenosa de daratumumab).
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

NUBEQA

Productos Afectados

- NUBEQA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer no metastásico de próstata resistente a la castración (nmCRPC), o B.) Cáncer de próstata hormonosensible metastásico junto con docetaxel Para el tratamiento de nmCRPC y, se aplica uno de los siguientes 1.) Usado en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) análoga O 2) el paciente recibió orquiectomía bilateral
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

NUEDEXTA

Productos Afectados

- NUEDEXTA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Historia de intervalo QT prolongado, síndrome de QT largo congénito o Torsades de pointes, B.) Insuficiencia cardíaca, C.) Bloqueo AV completo sin marcapasos implantado o alto riesgo de bloqueo AV completo, D.) Uso concomitante con quinidine, quinine, mefloquine o medicamentos que prolonguen el intervalo QT y se 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
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de condición pseudobulbar
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

NUPLAZID

Productos Afectados

- NUPLAZID

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Se aplica el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson y ambos de los siguientes A.) Usado para el tratamiento de alucinaciones o delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson, y B.) El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson se hizo antes del inicio de los síntomas psicóticos.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

OCTREOTIDE

Productos Afectados

- *octreotide acetate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ODOMZO

Productos Afectados

- ODOMZO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de carcinoma de células basales de la piel localmente avanzado y uno de los siguientes: A.) El cáncer reapareció después de la operación o radioterapia, B.) El paciente no es candidato para operación ni para radioterapia.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

OFEV

Productos Afectados

- OFEV

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Fibrosis pulmonar idiopática (IPF), B.) Enfermedades pulmonares intersticiales sistémicas asociadas con esclerosis (ILD), o C.) Enfermedades pulmonares intersticiales fibrosantes crónicas con un fenotipo progresivo
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

OGSIVEO

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumores desmoides progresivos que necesitan tratamiento sistémico
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

OJEMDA

Productos Afectados

- OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED
- OJEMDA ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

OJJAARA

Productos Afectados

- OJJAARA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de mielofibrosis (MF) de riesgo intermedio o alto, incluyendo la MF primaria o secundaria [pospolicitemia vera (PV) y trombocitemia postesencial (ET)], en adultos con anemia.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ONUREG

Productos Afectados

- ONUREG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

OPIPZA

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de ExclusiónInformación Médica Requerida	Debe cumplir todos los siguientes: A.) Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Esquizofrenia 2) Se utiliza como tratamiento coadyuvante para depresión grave 3) Irritabilidad asociada a trastornos autistas, O 4) Trastorno de Tourette, Y B.) El paciente ha probado y fracasado o tiene intolerancia o contraindicación a las tabletas de aripiprazole.
Restricciones de edad	Para esquizofrenia: Mayores de 13 años. Para depresión grave: Mayores de 18 años. Para todas las otras indicaciones, mayores de 6 años.
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un psiquiatra
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Para continuar con la terapia, el miembro debe ser reevaluado por el psiquiatra para evaluar la respuesta clínica. El tratamiento debe interrumpirse si se documenta una falla en la terapia o un evento adverso o si el miembro no demuestra adherencia al tratamiento.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

OPSUMIT

Productos Afectados

- OPSUMIT

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

OPSYNVI

Productos Afectados

- OPSYNVI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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 Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide, moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular, moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, o D.) Profilaxis de la enfermedad aguda del injerto comparado con el huésped (aGVHD), en combinación con un inhibidor de la calcineurina y metotrexato, en pacientes que están teniendo un trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT) de un donante compatible o con 1 alelo no compatible que no sea familiar.
Restricciones de edad	Para RA: 18 años o más. Todas las demás indicaciones a partir de los 2 años.
Restricciones de proveedor	Para Ra y PJIA: reumatólogo, para PsA: dermatólogo o reumatólogo, para aGVHD: hematólogo o especialista en trasplantes.
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de evaluación de TB con fecha de lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ORGOVYX

Productos Afectados

- ORGOVYX

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de próstata avanzado
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ORILISSA

Productos Afectados

- ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Osteoporosis, B.) Insuficiencia hepática grave, o C.) Uso simultáneo de inhibidores potentes del polipéptido transportador de aniones orgánicos (OATP) 1B1
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de dolor moderado a severo asociado con endometriosis
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ORKAMBI

Productos Afectados

- ORKAMBI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ORSERDU

Productos Afectados

- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de ExclusiónInformación Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico, ER positivo, HER2 negativo, ESR1 mutado en mujeres posmenopáusicas u hombres adultos después de al menos 1 línea de terapia endocrina
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

OTEZLA

Productos Afectados

- OTEZLA ORAL TABLET
- OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de ExclusiónInformación Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: 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 orales 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
Restricciones de edad	Mayores de 6 años
Restricciones de proveedor	PsA: Recetado por o en consulta con un dermatólogo o reumatólogo. Psoriasis en placas: Recetado por o en consulta con un dermatólogo.
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PANRETIN

Productos Afectados

- PANRETIN

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PAZOPANIB

Productos Afectados

- *pazopanib hcl*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Carcinoma de células renales (RCC) o B) Sarcoma de tejido blando (STS) avanzado, ha recibido quimioterapia previa y no tiene sarcoma de tejido adiposo blando ni tumores del estroma gastrointestinal (GIST)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PEGYLATED INTERFERON

Productos Afectados

- PEGASYS

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A). Hepatitis autoinmune, B). Descompensación hepática (puntuación de Child-Pugh mayor a 6 (clase B y C) en pacientes con cirrosis antes del tratamiento, O descompensación hepática (puntuación de Child-Pugh mayor o igual a 6) en pacientes con cirrosis coinfectados con hepatitis C y VIH antes del tratamiento, o C). Reacciones de hipersensibilidad, incluyendo urticaria, broncoconstricción, anafilaxia o síndrome de Stevens-Johnson a interferones alfa o cualquier componente del producto
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A). Infección por hepatitis B crónica, o B). Hepatitis C crónica
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PEMAZYRE

Productos Afectados

- PEMAZYRE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PENICILLAMINE

Productos Afectados

- *penicillamine*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Lactancia materna, B.) Hipersensibilidad a los productos de penicillamine, C.) Anemia/agranulocitosis aplásica relacionada con penicilamina, D.) Artritis reumatoide, pacientes con historia o evidencia de insuficiencia renal
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cistinuria, B.) Artritis reumatoide grave y activa o C.) Enfermedad de Wilson
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PIQRAY

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PIRFENIDONE

Productos Afectados

- *pirfenidone*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

POMALYST

Productos Afectados

- POMALYST

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

POSACONAZOLE

Productos Afectados

- *posaconazole*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PREVYMIS

Productos Afectados

- PREVYMIS ORAL PACKET
- PREVYMIS ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) Uso concomitante con pimozide o alcaloides del ergot (ergotamine, dihydroergotamine), B.) Uso concomitante con pitavastatin o simvastatin cuando se coadministra con cyclosporine
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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-])
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	6 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PROLIA

Productos Afectados

- PROLIA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Hipocalcemia (calcio menor que 8.0 mg/dl)
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: A.) Diagnóstico de uno de los siguientes: 1.) Tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fractura, 2.) Tratamiento de la osteoporosis en varones con alto riesgo de fractura 3.) Tratamiento de la pérdida de hueso en hombres que reciben terapia de privación de andrógenos para el cáncer de próstata no metastásico, 4.) Tratamiento de la pérdida de hueso en mujeres que reciben terapia con inhibidores de la aromataasa 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
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PROMACTA

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Púrpura trombocitopénica idiopática (ITP) crónica, B.) Trombocitopenia asociada con infección por hepatitis C crónica, o C.) Anemia aplásica grave con respuesta insuficiente a terapia inmunosupresora o en combinación con terapia habitual inmunosupresora
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PULMOZYME

Productos Afectados

- PULMOZYME

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de fibrosis quística (CF)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo o el proveedor de atención primaria que receta es de un centro de CF acreditado por la Fundación para la Fibrosis Quística (Cystic Fibrosis Foundation)
Duración de Cobertura	Año del plan
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PURIXAN

Productos Afectados

- PURIXAN

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Se deben cumplir todos los siguientes: 1.) Diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, 2.) Uso en combinación con methotrexate, 3.) El paciente estuvo en modo de prueba y error o tiene contraindicación/intolerancia a las tabletas de mercaptopurine
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PYRIMETHAMINE

Productos Afectados

- *pyrimethamine*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Anemia megaloblástica documentada debido a deficiencia de folato
Criterios de Exclusión 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

QINLOCK

Productos Afectados

- QINLOCK

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumor avanzado del estroma gastrointestinal (GIST) y el paciente recibió tratamiento previo con 3 o más inhibidores de la cinasa, incluyendo imatinib
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

QUININE SULFATE

Productos Afectados

- *quinine sulfate*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	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
Criterios de ExclusiónInformación Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) malaria por Plasmodium falciparum no complicada, B.) malaria por Plasmodium vivax no complicada, o C.) babesiosis
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	1 mes
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

RAVICTI

Productos Afectados

- RAVICTI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastornos del ciclo de la urea
Restricciones de edad	Ninguno
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

REGRANEX

Productos Afectados

- REGRANEX

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Neoplasia conocida en el lugar de aplicación
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de úlceras neuropáticas diabéticas en las extremidades inferiores que se extienden hasta el tejido subcutáneo o más allá y tienen un adecuado suministro de sangre
Restricciones de edad	Mayores de 16 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

REPATHA

Productos Afectados

- REPATHA
- REPATHA SURECLICK
- REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

RETEVMO

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Cáncer medular de tiroides (MTC) avanzado o metastásico con mutación en RET en pacientes que necesitan terapia sistémica, B.) Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) con fusión positiva de RET metastásico, C.) Cáncer de tiroides avanzado o metastásico con fusión positiva de RET en pacientes que necesitan terapia sistémica y son resistentes al yodo radioactivo, si corresponde, o D.) Tumores sólidos localmente avanzados o metastásicos con una fusión del gen RET que progresaron durante o después de un tratamiento sistémico anterior, o sin opciones de tratamiento alternativas satisfactorias
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

REVUFORJ

Productos Afectados

- REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG,
160 MG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un hematólogo u oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

REZLIDHIA

Productos Afectados

- REZLIDHIA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un hematólogo u oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

REZUROCK

Productos Afectados

- REZUROCK

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	El diagnóstico de la enfermedad crónica de injerto contra huésped (Graft-vs-host disease) y el paciente ha fallado al menos 2 líneas previas de tratamiento sistémico (p. ej., prednisona, metotrexato, ciclosporina, tacrolimus, micofenolato, Imbruvica (ibrutinib), Jakafi (ruxolitinib), etc.)
Restricciones de edad	Mayores de 12 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

RILUZOLE

Productos Afectados

- *riluzole*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

RINVOQ

Productos Afectados

- RINVOQ

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide moderada a grave, B.) Artritis psoriásica activa, C.) Dermatitis atópica moderada a grave y el paciente ha probado y fracasado o tiene contraindicación o intolerancia a uno de los siguientes: un corticosteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina, D.) Colitis ulcerosa activa de moderada a grave que tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del factor de necrosis tumoral, E.) Espondilitis anquilosante activa que tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del factor de necrosis tumoral, F.) Espondiloartritis axial no radiográfica activa con signos objetivos de inflamación que tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia con bloqueadores del factor de necrosis tumoral, G.) Enfermedad de Crohn activa moderada a grave que tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia con bloqueadores del factor de necrosis tumoral, o H.) Artritis idiopática juvenil poliarticular activa.
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

RINVOQ LQ

Productos Afectados

- RINVOQ LQ

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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
Restricciones de edad	Mayores de 2 años
Restricciones de proveedor	Para PsO: Dermatólogo o reumatólogo, para PsO: Reumatólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

RIVFLOZA

Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ROMVIMZA

Productos Afectados

- ROMVIMZA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumor sintomático tenosinovial de células gigantes (TGCT) en pacientes con tumor inoperable donde sea posible que la extirpación quirúrgica dé como resultado empeoramiento o morbilidad grave
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ROZLYTREK

Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

RUBRACA

Productos Afectados

- RUBRACA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

RUFINAMIDE

Productos Afectados

- *rufinamide oral suspension*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Síndrome de QT corto familiar
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut y uso como tratamiento complementario
Restricciones de edad	Mayores de 1 año
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

RYDAPT

Productos Afectados

- RYDAPT

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SAPROPTERIN

Productos Afectados

- *sapropterin dihydrochloride*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SCSEMBLIX

Productos Afectados

- SCSEMBLIX

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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 positiva para cromosoma Filadelfia (Ph+ CML) en fase crónica (CP) con mutación T315I, o C.) Adultos con diagnóstico reciente de leucemia mieloide crónica positiva para cromosoma Filadelfia en fase crónica (Ph+ CML-CP)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SIGNIFOR

Productos Afectados

- SIGNIFOR

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SILDENAFIL

Productos Afectados

- *sildenafil citrate oral tablet 20 mg*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SIMLANDI

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	<p>Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Artritis reumatoide, moderada a grave, B.) Artritis idiopática juvenil poliarticular moderada a grave, C.) Artritis psoriásica, D.) Espondilitis anquilosante, E.) Enfermedad de Crohn moderada a grave sin respuesta a terapias convencionales (, corticosteroides, azathioprine, metotrexato, mesalamine), F.) Colitis ulcerativa moderada a grave en pacientes que hayan tenido una respuesta inadecuada a al menos un inmunosupresor (por ejemplo, corticosteroides, azathioprine), G.) Uveítis no infecciosa (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 moderada a grave activa: 1) respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al metotrexato o a los corticosteroides. Para espondilitis anquilosante activa: 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 cualquiera de los siguientes: a) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (UVB, PUVA) o al tratamiento con metotrexato, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento con metotrexato, cyclosporine o acitretin está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (al menos el 10 % de la BSA o las áreas cruciales del cuerpo [manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas)</p>

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
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.
Restricciones de proveedor	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.
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de detección de TB con fecha de lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SIRTURO

Productos Afectados

- SIRTURO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SKYRIZI

Productos Afectados

- SKYRIZI (150 MG DOSE)
- SKYRIZI PEN
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: 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 activa de moderada a grave, o D.) Colitis ulcerosa activa de moderada a grave.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Para PsO: dermatólogo. Para PsO: dermatólogo o reumatólogo.
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de evaluación de TB con fecha de lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SODIUM OXYBATE

Productos Afectados

- *sodium oxybate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SOLTAMOX

Productos Afectados

- SOLTAMOX

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Terapia concomitante anticoagulante de tipo coumarin, B.) historia de enfermedad tromboembólica como DVT o PE
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de mama y documentación de incapacidad para tragar la formulación en tabletas
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SOMAVERT

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SORAFENIB

Productos Afectados

- *sorafenib tosylate*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cáncer de pulmón de células escamosas que se está tratando con carboplatin y paclitaxel
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma avanzado de células renales, o B.) Carcinoma de tiroides diferenciado, progresivo localmente recurrente o metastásico que es resistente al tratamiento con yodo radioactivo, o C.) Carcinoma hepatocelular no operable
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

STELARA

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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 áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (al menos el 10% de la BSA o áreas cruciales del cuerpo [por ejemplo, manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas)
Restricciones de edad	Para PSO o PsA: 6 años de edad o más, Para todas las demás indicaciones: 18 años de edad o más
Restricciones de proveedor	Para PsO: Dermatólogo, Para PsA: Dermatólogo o Reumatólogo, Para CD y UC: Gastroenterólogo.
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Solo para pacientes que no han recibido terapia biológica: Certificación del médico que diga que el paciente tiene un estado negativo de tuberculosis (TB) o resultado negativo de una prueba de evaluación de TB con fecha de

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
	lectura menor a 12 meses antes del inicio de la terapia o radiografía de tórax.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

STIVARGA

Productos Afectados

- STIVARGA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SUNITINIB

Productos Afectados

- *sunitinib malate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SUNOSI

Productos Afectados

- SUNOSI

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Uso concomitante de un IMAO, o B.) Uso dentro de 14 días posteriores a la interrupción de un MAOI
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Narcolepsia con somnolencia diurna excesiva confirmada por un estudio del sueño y ha fallado o presenta contraindicación a modafinil o armodafinil o B.) Apnea obstructiva del sueño (OSA) con somnolencia diurna excesiva confirmada por un estudio del sueño y y ha fallado o presenta contraindicación a modafinil o armodafinil
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SYMLIN

Productos Afectados

- SYMLINPEN 120
- SYMLINPEN 60

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Diagnóstico confirmado de gastroparesia, B.) Desconocimiento de hipoglucemia
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, y el paciente usa terapia de insulina en los tiempos de comida y no tuvo éxito en lograr el control de glucosa deseado
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

SYNAREL

Productos Afectados

- SYNAREL

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes: A.) lactancia materna, B.) sangrado vaginal anormal sin diagnóstico
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Pubertad precoz central, o B.) Endometriosis
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TABRECTA

Productos Afectados

- TABRECTA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TADALAFIL

Productos Afectados

- *tadalafil*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TAFINLAR

Productos Afectados

- TAFINLAR

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma de tiroides anaplásico localmente avanzado o metastásico con mutación del BRAF V600E, en combinación con trametinib y sin opciones de tratamiento locorregional satisfactorio, B.) Cáncer de pulmón metastásico no microcítico, con mutación del BRAF V600E, en combinación con trametinib O en pacientes previamente tratados como monoterapia, C.) Melanoma maligno inoperable o metastásico con mutación del BRAF V600E o V600K, D.) Tumores sólidos irresecables o metastásicos con mutación BRAF V600E, en combinación con trametinib, y que progresó después del tratamiento previo y no tienen opciones de tratamiento alternativas satisfactorias, o E.) Glioma de bajo grado con mutación BRAF V600E y necesita terapia sistémica, en combinación con trametinib
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TAGRISSO

Productos Afectados

- TAGRISSO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TAKHZYRO

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes y se utiliza como profilaxis de rutina A.) Angioedema hereditario (HAE) con deficiencia de inhibidores de C1 (tipo 1) confirmada por pruebas de laboratorio, B.) HAE con disfunción del inhibidor de C1 (tipo 2) confirmada por pruebas de laboratorio, o C.) HAE con inhibidor de C1 normal (tipo 3) confirmado por pruebas de laboratorio y uno de los siguientes 1.) Prueba positiva para una mutación del gen F12, angiopoyetina-1 o plasminógeno, o 2.) Antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue refractario a tratamiento con un antihistamínico durante al menos un mes
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un hematólogo, inmunólogo o alergista
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TALZENNA

Productos Afectados

- TALZENNA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TASIGNA

Productos Afectados

- TASIGNA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TAVNEOS

Productos Afectados

- TAVNEOS

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	El diagnóstico de vasculitis severa asociada a autoanticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos activos (ANCA) (granulomatosis con poliangeítis [GPA] y poliangeítis microscópica [MPA]) y se aplican las dos condiciones siguientes 1.) Se utiliza como tratamiento coadyuvante, y 2.) Se utiliza en combinación con la terapia estándar, incluyendo glucocorticoides.
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TAZAROTENE

Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TAZVERIK

Productos Afectados

- TAZVERIK

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Sarcoma epitelioides 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 o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TEPMETKO

Productos Afectados

- TEPMETKO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico con alteraciones de omisión del exón 14 de transición mesenquimatosa-epitelial (MET)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TERIPARATIDE

Productos Afectados

- TERIPARATIDE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Osteoporosis en pacientes mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fractura y la paciente tiene contraindicación o probó/tuvo respuesta inadecuada a un bisfosfonato o Tymlos, B.) Osteoporosis primaria o hipogonadal en pacientes hombres con alto riesgo de fractura y el paciente tiene contraindicación o probó/tuvo respuesta inadecuada a un bisfosfonato, o C.) Osteoporosis debido a terapia con glucocorticoides sistémicos sostenida asociada en pacientes con alto riesgo de fractura y el paciente tiene contraindicación o probó/tuvo respuesta inadecuada a un bisfosfonato
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan (tratamiento máximo de 24 meses, excepto si continúa en alto riesgo de fracturas)
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TETRABENAZINE

Productos Afectados

- *tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Cualquiera de los siguientes A.) Activamente suicida, B.) Depresión no tratada o con tratamiento inadecuado, C.) Deterioro de la función hepática, D.) Uso concomitante de inhibidores de la monoamino oxidasa, E.) Uso concomitante de reserpina o en el plazo de 20 días de suspender reserpine
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de corea asociada con la enfermedad de Huntington
Restricciones de edad	Ninguno
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

THALOMID

Productos Afectados

- THALOMID

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Mieloma múltiple de reciente diagnóstico, o B.) Eritema nudoso leproso (ENL)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o especialista en enfermedades infecciosas o un dermatólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TIBSOVO

Productos Afectados

- TIBSOVO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TOBI

Productos Afectados

- TOBI PODHALER

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Sensibilidad conocida a cualquier aminoglucósido
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TOPICAL RETINOIDS

Productos Afectados

- *adapalene*
- *tretinoin external*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TOREMIFENE

Productos Afectados

- *toremifene citrate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TRELSTAR

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de próstata avanzado
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TREMFYA

Productos Afectados

- TREMFYA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Pendiente de revisión de CMS
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de proveedor	Pendiente de revisión de CMS
Duración de Cobertura	Pendiente de revisión de CMS
Otros Criterios	Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Pendiente de revisión de CMS
Usos no indicados	Pendiente de revisión de CMS
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TRIENTINE

Productos Afectados

- *trientine hcl*

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad de Wilson en pacientes que son intolerantes a la penicillamine
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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 Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	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.
Restricciones de edad	Mayores de 2 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neumólogo o el proveedor de atención primaria que receta es de un centro de CF acreditado por la Fundación para la Fibrosis Quística (Cystic Fibrosis Foundation)
Duración de Cobertura	12 meses
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TRUQAP

Productos Afectados

- TRUQAP

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TUKYSA

Productos Afectados

- TUKYSA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) cáncer de mama avanzado positivo para HER2 no operable o metastásico (incluyendo metástasis cerebral) en pacientes que recibieron uno o más regímenes previos basados en anti-HER2 en el entorno metastásico y el medicamento se esté usando en combinación con trastuzumab y capecitabine, o, B.) cáncer colorrectal RAS de tipo salvaje y HER2 positivo no operable o metastásico que progresó tras el tratamiento con quimioterapia basada en fluoropyrimidine, oxaliplatin e irinotecan y el medicamento se está utilizando en combinación con trastuzumab
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TURALIO

Productos Afectados

- TURALIO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumor sintomático tenosinovial de células gigantes (TGCT) asociado con morbilidad grave o limitaciones funcionales y no susceptible de operación. Pruebas de la función hepática antes de la iniciación.
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

TYMLOS

Productos Afectados

- TYMLOS

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

UBRELVY

Productos Afectados

- UBRELVY

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante de inhibidores fuertes del CYP3A4 (por ejemplo, ketoconazole, itraconazole, clarithromycin)
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno de migraña con o sin aura y el paciente tiene prueba documentada, respuesta inadecuada o contraindicación para al menos 1 triptan genérico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VALCHLOR

Productos Afectados

- VALCHLOR

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VALTOCO

Productos Afectados

- VALTOCO 20 MG DOSE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Glaucoma de ángulo estrecho
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de epilepsia y documentación de uso para el tratamiento agudo de episodios intermitentes y estereotípicos de actividad convulsiva frecuente (es decir, convulsiones agrupadas, convulsiones agudas repetitivas) que son distintos del patrón habitual de convulsiones de un paciente.
Restricciones de edad	Mayores de 6 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VANFLYTA

Productos Afectados

- VANFLYTA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	El paciente debe tener todo lo siguiente A.) Leucemia mieloide aguda recién diagnosticada con mutación FLT3-ITD, B.) Se usa en combinación con la inducción estándar de citarabine y anthracycline y la consolidación con citarabine, y como monoterapia de mantenimiento después de la quimioterapia de consolidación, y C.) debe estar inscrito en el programa VANFLYTA REMS
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VENCLEXTA

Productos Afectados

- VENCLEXTA
- VENCLEXTA STARTING PACK

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VEOZAH

Productos Afectados

- VEOZAH

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de ExclusiónInformación Médica Requerida	Diagnóstico de síntomas vasomotores menopáusicos (VMS) moderados a severos y A.) Tratamiento inicial: El paciente experimenta 7 o más episodios de calor por día y tiene una prueba, fracaso o contraindicación para la terapia hormonal como el parche de estradiol o los estrógenos conjugados orales, o B.) Terapia continua: El paciente necesita tratamiento con VMS y ha experimentado una reducción en la frecuencia o severidad de la VMS debido al tratamiento con Veozah
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VERQUVO

Productos Afectados

- VERQUVO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante de otros estimuladores de la guanilatociclasa soluble (sGC)
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica (HF), NYHA Clase II a IV y todo lo siguiente 1.) Fracción de eyección del ventrículo izquierdo inferior al 45 %, 2.) Hospitalización previa por insuficiencia cardíaca en los últimos 6 meses o tratamiento diurético por vía intravenosa ambulatorio por insuficiencia cardíaca en los últimos 3 meses
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un cardiólogo
Duración 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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VERZENIO

Productos Afectados

- VERZENIO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Criterios	Detalles del Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VIGABATRIN

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Espasmos infantiles, o B.) Convulsiones parciales complejas refractarias y el medicamento se está usando como terapia adicional en pacientes que respondieron inadecuadamente a dos tratamientos alternativos
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VIJOICE

Productos Afectados

- VIJOICE

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VITRAKVI

Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumores sólidos metastásicos o quirúrgicamente inoperables con fusión positiva del gen de receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK) y se usa en pacientes con tratamientos alternativos no satisfactorios o que avanzaron después del tratamiento
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VIZIMPRO

Productos Afectados

- VIZIMPRO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Ninguno
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VONJO

Productos Afectados

- VONJO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de mielofibrosis primaria o secundaria de riesgo intermedio o alto en adultos Y un recuento de plaquetas inferior a $50 \times 10^9/L$
Restricciones de edad	Ninguno
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VORANIGO

Productos Afectados

- VORANIGO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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 o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VORICONAZOLE

Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VOTRIENT

Productos Afectados

- VOTRIENT

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma avanzado de células renales, o B.) Sarcoma avanzado de tejido blando y el paciente recibió por lo menos una quimioterapia previa
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VOWST

Productos Afectados

- VOWST

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de prevención de la infección recurrente por Clostridium difficile (CDI) y una de las siguientes 1.) El paciente ha completado el tratamiento con antibióticos durante al menos 3 episodios de CDI, o 2.) Ha recibido previamente Vowst y ambos de los siguientes A.) Fracaso del tratamiento (definido como la presencia de diarrea CDI dentro de las 8 semanas posteriores a 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 fuera de al menos 12 días, no más de 8 semanas 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

VUMERITY

Productos Afectados

- VUMERITY

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes A.) Formas recurrentes de esclerosis múltiple (p. ej., síndrome clínicamente aislado, esclerosis múltiple remitente-recurrente, enfermedad secundaria progresiva activa o esclerosis múltiple progresiva recurrente), o B.) El paciente ha experimentado un primer episodio clínico y tiene características en resonancia magnética (MRI) compatibles con esclerosis múltiple
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

WELIREG

Productos Afectados

- WELIREG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Se necesita el diagnóstico de la enfermedad de von Hippel-Lindau (VHL) y la terapia para cualquiera de los siguientes tumores asociados a la enfermedad que no necesitan operación inmediata: A.) Carcinoma de células renales (RCC), B.) Hemangioblastoma del sistema nervioso central (CNS), o C.) Tumor neuroendocrino pancreático (pNET)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

XALKORI

Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

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 Criterios
Criterios de Exclusión	Síndrome de QT corto familiar
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

XDEMVY

Productos Afectados

- XDEMVY

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

XELJANZ

Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

XERMELO

Productos Afectados

- XERMELO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de diarrea del síndrome carcinoide y ambos de los siguientes 1.) La diarrea no se controla adecuadamente con una dosis estable de terapia con análogos de somatostatina (SSA) (por ejemplo, octreotide, lanreotide) durante al menos 3 meses, y 2.) Usado en combinación con la terapia SSA
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo, endocrinólogo o gastroenterólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

XGEVA

Productos Afectados

- XGEVA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

XOLAIR

Productos Afectados

- XOLAIR

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Urticaria crónica idiopática en pacientes que siguen siendo sintomáticos después de la terapia con antihistamínicos H1 para pacientes mayores de 12 años, B.) Asma persistente moderada a grave en pacientes 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 corticosteroides inhalados, C.) Pólipos nasales en pacientes con mala respuesta a corticosteroides nasales o D.) Reducción de las reacciones alérgicas (tipo I), incluyendo la anafilaxia, que pueden ocurrir con la exposición accidental a 1 o más comidas en personas con alergia alimentaria mediada por la IgE y se usa junto con la evasión de alérgenos alimentarios en pacientes mayores de 1 año
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Inicial: 6 meses, renovación: Año del plan
Otros Criterios	Determinación de cobertura de B vs. D según las directrices de CMS
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no indicados	N/A
Prerrequisito de la Parte B	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

XOSPATA

Productos Afectados

- XOSPATA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

XPOVIO

Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

XTANDI

Productos Afectados

- XTANDI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

YONSA

Productos Afectados

- YONSA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de ExclusiónInformación Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC) y se usa en combinación con methylprednisolone. Para el tratamiento de nmCRPC y, se aplica uno de los siguientes: 1.) Usado en combinación con una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) análoga O 2) el paciente recibió orquiectomía bilateral
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o urólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ZARXIO

Productos Afectados

- ZARXIO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Neutropenia febril inducida por quimioterapia (profilaxis), B.) Neutropenia crónica grave, C.) El paciente pasa por un trasplante autólogo de células progenitoras de la sangre periférica para movilizar las células progenitoras para recolección mediante leucoféresis, o D.) Subsíndrome hematopoyético del síndrome de irradiación aguda (H-ARS)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Ninguno
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ZEJULA

Productos Afectados

- ZEJULA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión 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	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ZELBORAF

Productos Afectados

- ZELBORAF

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Melanoma no operable o metastásico y el paciente tiene una mutación positiva del BRAF-V600E documentada por una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o B.) Enfermedad de Erdheim-Chester y el paciente tiene una documentación documentada del BRAF V600
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ZIEXTENZO

Productos Afectados

- ZIEXTENZO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de malignidad no mielóide y el medicamento se está usando como profilaxis para neutropenia inducida por quimioterapia
Restricciones de edad	Ninguno
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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ZOLINZA

Productos Afectados

- ZOLINZA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de linfoma primario cutáneo de células T (CTCL) en pacientes con enfermedad progresiva, persistente o recurrente en o después de dos terapias sistémicas (por ejemplo, bexarotene, romidepsin, etc.)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ZTALMY

Productos Afectados

- ZTALMY

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones asociadas con el trastorno por deficiencia (CDD) de quinasa similar a 5 dependiente de ciclina (CDKL5)
Restricciones de edad	Ninguno
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ZURZUVAE

Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ZYDELIG

Productos Afectados

- ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Historia de necrosis epidérmica tóxica con cualquier medicamento
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Leucemia linfocítica crónica, se usa en combinación con rituximab y el paciente recayó en al menos una terapia previa
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

ZYKADIA

Productos Afectados

- ZYKADIA

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	Ninguno
Criterios de Exclusión Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) metastásico que sea positivo para la cinasa del linfoma anaplásico (ALK)
Restricciones de edad	Mayores de 18 años
Restricciones de proveedor	Recetado por o en consulta con un oncólogo
Duración de Cobertura	Año del plan
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 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

PARTE B VERSUS PARTE D

Productos Afectados

- ABILIFY ASIMTUFII
INTRAMUSCULAR PREFILLED
SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960
MG/3.2ML
- ABILIFY MANTENA
INTRAMUSCULAR PREFILLED
SYRINGE 300 MG, 400 MG
- ABILIFY MANTENA
INTRAMUSCULAR SUSPENSION
RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG
- *acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %*
- *acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml*
- *albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml*
- ALBUTEROL SULFATE INHALATION
NEBULIZATION SOLUTION 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*
- *azathioprine oral tablet 50 mg*
- *azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg*
- *budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml*
- *calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act*
- *calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg*
- *calcitriol oral solution 1 mcg/ml*
- *cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm*
- *cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg*
- *cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm*
- *cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg*
- CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION
RECONSTITUTED 500 UNIT
- *ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml*
- *clindamycin phosphate injection solution 900 mg/6ml*
- CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)
INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %
- CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)
INTRAVENOUS SOLUTION 5 %
- CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)
INTRAVENOUS SOLUTION 5 %
- *colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg*
- *cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml*
- CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL
CAPSULE 25 MG
- *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 %, 5 %*
- DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE
INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %
- *doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg*

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

- ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML
- ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML
- ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG
- *everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg*
- *fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%*
- GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML
- GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM
- GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML
- GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML
- *granisetron hcl oral tablet 1 mg*
- *heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml*
- HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML
- IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML
- *ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %*
- *ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml*
- ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION
- ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION
- ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION
- JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML
- *kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%*
- KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 40-5-0.9 MEQ/L-%-%
- KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L
- *levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml*
- *methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml*
- METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML
- *metronidazole 500 mg/100 ml single use*
- *metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml*
- *multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution*
- *mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg*
- *mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml*
- *mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg*
- *mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg*
- NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %
- *ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml*
- *ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg*
- *ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg*
- *paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg*
- *penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit*
- *penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit*

Crterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

- *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 CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%
- *potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%*
- POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 20 MEQ/100ML, 40 MEQ/100ML
- *potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)*
- *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
- 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
- *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 %
- *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.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

Listado Alfabético

A

ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML	325
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	325
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	325
abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg	1
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %	325
acitretin	2
ACTEMRA	3
ACTEMRA ACTPEN	3
ACTIMMUNE	4
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	325
adalimumab-adbm (2 pen)	5, 6
adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 20 mg/0.4ml, 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml	5, 6
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt)	5, 6
adalimumab-adbm(ps/uv starter)	5, 6
adapalene	274
adefovir dipivoxil	104
ADEMPAS	7, 8
AIMOVIG	11
AJOVY	12
AKEEGA	13
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	325
ALBUTEROL SULFATE INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 2.5 MG/0.5ML	325
ALECENSA	14

alosetron hcl	15
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	112, 113
ALUNBRIG	16
ambrisentan	17
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg	325
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg	325
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm	325
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg	325
APTIOM	18
ARCALYST	19
ARIKAYCE	20
armodafinil	48
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG	23
AUSTEDO	24
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG	24
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG	24
AUVELITY	25
AYVAKIT	26
azathioprine oral tablet 50 mg	325
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	325

B

BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	27
BARACLUDGE	104
BENLYSTA	29
benztropine mesylate	111
BESREMI	30
bexarotene	31, 32

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

bosentan	33	ciprofloxacin in d5w intravenous solution	
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50		200 mg/100ml	325
MG	34	clindamycin phosphate injection solution	
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400		900 mg/6ml	325
MG, 500 MG.....	34	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	
BRAFTOVI.....	35	INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	325
BRIVIACT.....	36	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
BRONCHITOL.....	37	INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	325
BRONCHITOL TOLERANCE TEST	37	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	
BRUKINSA	38	INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	325
budesonide inhalation suspension 0.25		clobazam oral suspension	47
mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml	325	clobazam oral tablet	47
butalbital-acetaminophen	106	clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	
butalbital-apap-caffeine	106	116, 117
BYDUREON BCISE	99	clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg,	
C		0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	116, 117
CABOMETYX	39	clorazepate dipotassium	116, 117
calcitonin (salmon) nasal solution 200		COBENFY	49
unit/act.....	325	COBENFY STARTER PACK	49
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	325	colistimethate sodium (cba) injection	
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	325	solution reconstituted 150 mg	325
CALQUENCE	40	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)....	50
CAMZYOS	41	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)....	50
CAPLYTA	21, 22	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)....	50
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300		COPIKTRA.....	51
MG	42	CORLANOR.....	52, 53
carglumic acid.....	43	COSENTYX	54, 55
CAYSTON.....	44	COSENTYX (300 MG DOSE).....	54, 55
cefoxitin sodium intravenous solution		COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 54,	55
reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm.....	325	COSENTYX UNOREADY	54, 55
cefuroxime sodium injection solution		COTELLIC	56
reconstituted 750 mg	325	cromolyn sodium inhalation nebulization	
cefuroxime sodium intravenous solution		solution 20 mg/2ml	325
reconstituted 1.5 gm.....	325	cyclobenzaprine hcl	119
chlordiazepoxide hcl	112, 113	CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL	
chlordiazepoxide-amitriptyline	109	CAPSULE 25 MG	325
chlordiazepoxide-clidinium	108	cyclophosphamide oral capsule 50 mg ...	325
CIMZIA	45, 46	cyclophosphamide oral tablet 25 mg	325
CIMZIA (2 SYRINGE)	45, 46	CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg, 90		50 MG	325
mg	325	cyclosporine modified oral capsule 100 mg,	
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION		25 mg, 50 mg	325
RECONSTITUTED 500 UNIT	325		

Crterios de Pre Autorizaci3n

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 3ltima Actualizaci3n: 04/22/2025

cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	325
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	325
CYSTAGON.....	57
D	
dalfampridine er	58
DANZITEN	59
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg	60
DAURISMO	61
DAYBUE.....	62
deferasirox.....	63
deferiprone	64
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %	325
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %	325
DIACOMIT.....	65
diazepam intensol.....	116, 117
diazepam oral solution	116, 117
diazepam oral tablet	116, 117
diclofenac epolamine	66
DIGOXIN ORAL SOLUTION.....	107
digoxin oral tablet 250 mcg	107
dimethyl fumarate	67
dimethyl fumarate starter pack.....	67
doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg	325
dronabinol	68
droxidopa	69
DUPIXENT.....	70, 71
E	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG.....	162
EMGALITY.....	72
EMGALITY (300 MG DOSE)	72
EMSAM.....	73
ENBREL.....	74, 75
ENBREL MINI.....	74, 75
ENBREL SURECLICK.....	74, 75
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	326

ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	326
ENSPRYNG	76
entecavir	104
ENVARBUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	326
EPIDIOLEX.....	77
ERIVEDGE.....	79
ERLEADA	80
erlotinib hcl	81
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	82
estazolam.....	112, 113
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	326
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	9, 10
everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg	83
EVRYSDI.....	84
F	
FANAPT	21, 22
FANAPT TITRATION PACK.....	21, 22
FASENRA	85
FASENRA PEN.....	85
febuxostat	86
FILSPARI	87
FINTEPLA.....	88
FIRMAGON	89
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	89
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%	326
FOTIVDA	90
FRUZAQLA	91
FULPHILA	92
FYCOMPA	93

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

G	
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION	
2.5 GM/25ML.....	326
GAMMAGARD S/D LESS IGA	
INTRAVENOUS SOLUTION	
RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM....	326
GAMMAPLEX INTRAVENOUS	
SOLUTION 10 GM/100ML, 10	
GM/200ML, 20 GM/200ML, 5	
GM/50ML.....	326
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1	
GM/10ML.....	326
GAVRETO.....	94
gefitinib.....	95
GILOTRIF.....	96
glatiramer acetate.....	97
GLEOSTINE.....	98
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	
.....	100
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE	100
granisetron hcl oral tablet 1 mg.....	326
guanfacine hcl er.....	114
H	
HADLIMA.....	102, 103
HADLIMA PUSH TOUCH.....	102, 103
heparin sodium (porcine) injection solution	
10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000	
unit/ml.....	326
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR	
SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20	
MCG/0.5ML.....	326
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS	
AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML,	
40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML ...	120, 121
HUMIRA (2 SYRINGE)	
SUBCUTANEOUS PREFILLED	
SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20	
MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40	
MG/0.8ML.....	120, 121
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER..	120, 121
HUMIRA-PED >=40KG UC STARTER	
.....	120, 121
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER	
.....	120, 121
hydroxyzine hcl.....	110
hydroxyzine pamoate.....	110
HYFTOR.....	122
I	
IBRANCE.....	123
icatibant acetate.....	124
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG,	
30 MG, 45 MG.....	125
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	
.....	126
imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400	
mg.....	127
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG,	
70 MG.....	128
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION.....	128
IMBRUVICA ORAL TABLET.....	128
IMKELDI.....	129
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR	
SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5	
UNIT/ML.....	326
IMPAVIDO.....	130
INCRELEX.....	131
INLYTA.....	133
INQOVI.....	134
INREBIC.....	135
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR	
SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	
1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML.....	136
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.....	137, 138
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR	
SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	
273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546	
MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML.....	139
ipratropium bromide inhalation solution	
0.02 %.....	326
ipratropium-albuterol inhalation solution	
0.5-2.5 (3) mg/3ml.....	326
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS	
SOLUTION.....	326

Crterios de Pre Autorizaci3n

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 3ltima Actualizaci3n: 04/22/2025

ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	159
.....	326
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION.....	326
ITOVEBI.....	140
itraconazole.....	141
ivabradine hcl.....	142, 143
ivermectin.....	144
IWILFIN.....	145
J	
JAKAFI.....	146
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG.....	147
JOENJA.....	148
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML.....	326
K	
KALYDECO.....	149
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%.....	326
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 40-5-0.9 MEQ/L-%-%.....	326
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L.....	326
KERENDIA.....	150
KISQALI (200 MG DOSE).....	151, 152
KISQALI (400 MG DOSE).....	151, 152
KISQALI (600 MG DOSE).....	151, 152
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ..	153
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ..	153
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ..	153
KORLYM.....	154
KOSELUGO.....	155
KRAZATI.....	156
L	
lapatinib ditosylate.....	157
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG.....	158
ledipasvir-sofosbuvir.....	105
lenalidomide.....	159
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	160
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	160
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	160
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	160
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	160
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	160
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	160
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	160
LEUKINE.....	161
leuprolide acetate.....	162
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH).....	162
levulbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml.....	326
l-glutamine.....	163
lidocaine external ointment.....	164
lidocaine hcl.....	164
linezolid intravenous.....	165
linezolid oral suspension reconstituted ...	165
linezolid oral tablet.....	165
LIVTENCITY.....	166
LONSURF.....	167
lorazepam intensol.....	116, 117
lorazepam oral concentrate.....	116, 117
lorazepam oral tablet.....	116, 117
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG.....	168
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 240 MG, 320 MG.....	169
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	162
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	162
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	162
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	162
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)....	162
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)....	162
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)....	162
LYBALVI.....	21, 22
LYNPARZA.....	170, 171
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	172
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	172
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	172
M	
MATULANE.....	173

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

MAVYRET.....	105
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG.....	174
MAYZENT STARTER PACK.....	174
megestrol acetate.....	115
MEKINIST	175, 176
MEKTOVI	177
mercaptopurine oral suspension.....	178
methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml	326
METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML.....	326
metronidazole 500 mg/100 ml single use	326
metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml	326
mifepristone	179
miglustat.....	180
modafinil	48
MOUNJARO	99
multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution.....	326
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	326
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	326
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	326
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg	326
N	
NAYZILAM	181
NERLYNX	182
NINLARO.....	183
NUBEQA.....	184
NUEDEXTA.....	185
NUPLAZID.....	186
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %.....	326
O	
octreotide acetate	187
ODOMZO	188
OFEV	189
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG.....	190

OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	191
OJEMDA ORAL TABLET	191
OJJAARA	192
OMNITROPE	101
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml..	326
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg...	326
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg	326
ONUREG.....	193
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	194
OPSUMIT	195
OPSYNVI	196
ORENCIA CLICKJECT.....	197
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION REFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML	197
ORGOVYX.....	198
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	199
ORKAMBI.....	200
orphenadrine citrate er	119
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG	201
OTEZLA ORAL TABLET.....	202
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK.....	202
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	99
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML.	99
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	99
P	
PANRETIN.....	203
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg.....	326
pazopanib hcl	204
PEGASYS.....	205
PEMAZYRE.....	206
penicillamine.....	207
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit.....	326

Crterios de Pre Autorizaci3n

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 3ltima Actualizaci3n: 04/22/2025

penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit.....	326	pyrimethamine	218
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg.....	327	Q	
pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg.....	327	QINLOCK.....	219
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	327	quinine sulfate.....	220
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	208	R	
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	208	RABA VERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED... 327	
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	208	RAVICTI	221
pirfenidone	209	RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	327
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION.....	327	RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	327
POMALYST	210	REGRANEX.....	222
posaconazole	211	REPATHA	223
POTASSIUM CHLORIDE IN NA CL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%	327	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM..	223
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%.....	327	REPATHA SURECLICK.....	223
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 20 MEQ/100ML, 40 MEQ/100ML.....	327	RETACRIT	78
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)	327	RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	224
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l.....	327	RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG	224
PREVYMIS ORAL PACKET	212	REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG	225
PREVYMIS ORAL TABLET	212	REXULTI	21, 22
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	327	REZLIDHIA	226
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	327	REZUROCK.....	227
PROLIA	213, 214	riluzole	228
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG, 25 MG	215	RINVOQ.....	229, 230
PROMACTA ORAL TABLET	215	RINVOQ LQ.....	231
promethazine hcl.....	110	RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	327
promethegan.....	110	RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION.....	232
PULMOZYME	216	RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 128 MG/0.8ML, 160 MG/ML	232
PURIXAN.....	217	ROMVIMZA	233
		ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	234
		ROZLYTREK ORAL PACKET	234

Crterios de Pre Autorizaci3n

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 3ltima Actualizaci3n: 04/22/2025

RUBRACA	235	SYMLINPEN 60.....	255
rufinamide oral suspension	236	SYMPAZAN.....	47
rufinamide oral tablet.....	28	SYNAREL	256
RYBELSUS	99	T	
RYBELSUS (FORMULATION R2).....	99	TABRECTA	257
RYDAPT.....	237	tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	
S		327
sapropterin dihydrochloride	238	tadalafil	258
SCEMBLIX	239	TAFINLAR.....	259
SECUADO.....	21, 22	TAGRISSE.....	260, 261
SIGNIFOR	240	TAKHZYRO SUBCUTANEOUS	
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	241	SOLUTION.....	262
SIMLANDI (1 SYRINGE).....	242, 243	TAKHZYRO SUBCUTANEOUS	
SIMLANDI (2 PEN).....	242, 243	SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150	
SIMLANDI (2 SYRINGE)		MG/ML, 300 MG/2ML	262
SUBCUTANEOUS PREFILLED		TALZENNA	263
SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML, 40		TASIGNA.....	264
MG/0.4ML	242, 243	TAVNEOS.....	265
sirolimus oral solution 1 mg/ml	327	tazarotene external cream	266
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	327	tazarotene external gel	266
SIRTURO	244	TAZVERIK.....	267
SKYRIZI (150 MG DOSE)	245	TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION	
SKYRIZI PEN	245	RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION		327
CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360		temazepam	112, 113
MG/2.4ML	245	TENCON	106
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION		TEPMETKO	268
PREFILLED SYRINGE	245	TERIPARATIDE.....	269
sodium oxybate	246	testosterone cypionate.....	132
sofosbuvir-velpatasvir.....	105	testosterone enanthate	132
SOLTAMOX	247	testosterone gel 1.62 % transdermal	275
SOMAVERT SUBCUTANEOUS		testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%),	
SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG,		12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/1.25gm	
15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG.....	248	(1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 25	
sorafenib tosylate	249	mg/2.5gm (1%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%),	
STELARA SUBCUTANEOUS		50 mg/5gm (1%)	275
SOLUTION.....	250, 251	testosterone transdermal solution.....	275
STELARA SUBCUTANEOUS		tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	270
SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45		THALOMID	271
MG/0.5ML, 90 MG/ML	250, 251	TIBSOVO	272
STIVARGA	252	TIGECYCLINE INTRAVENOUS	
sunitinib malate.....	253	SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	
SUNOSI	254	327
SYMLINPEN 120.....	255	TOBI PODHALER.....	273

Crterios de Pre Autorizaci3n

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 3ltima Actualizaci3n: 04/22/2025

tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	327	vigpoder	294
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml.....	327	VIJOICE	295
toremifene citrate	276	VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	296
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	327	VITRAKVI ORAL SOLUTION	296
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	327	VIZIMPRO	297
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	277	VONJO	298
TREMFYA	278	VORANIGO	299
tretinoin external	274	voriconazole intravenous	300
trientine hcl	279	voriconazole oral suspension reconstituted	300
trihexyphenidyl hcl	111	voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg..	300
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK.....	280	VOTRIENT.....	301
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100- 50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	280	VOWST	302
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	327	VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	21, 22
TRULICITY	99	VUMERITY	303
TRUQAP.....	281	W	
TUKYSA	282	WELIREG.....	304
TURALIO.....	283	X	
TYMLOS	284	XALKORI ORAL CAPSULE.....	305
U		XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG, 20 MG, 50 MG	305
UBRELVY.....	285	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	306
V		XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	306
VALCHLOR.....	286	XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG.....	306
VALTOCO 20 MG DOSE.....	287	XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK.....	306
VANFLYTA.....	288	XDEMVY	307
VEMLIDY	104	XELJANZ ORAL SOLUTION	308
VENCLEXTA.....	289	XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	308
VENCLEXTA STARTING PACK	289	XELJANZ XR	308
VEOZAH	290	XERMELO	309
VERQUVO.....	291	XGEVA.....	310
VERSACLOZ.....	21, 22	XOLAIR	311
VERZENIO.....	292, 293	XOSPATA	312
vigabatrin	294	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)...	313
vigadrone.....	294	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	313
		XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)...	313
		XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	313
		XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)...	313
		XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	313

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025

XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)...	313	ziprasidone mesylate intramuscular solution	
XTANDI	314	reconstituted 20 mg.....	327
Y		ZOLINZA	320
YONSA.....	315	zolpidem tartrate	118
Z		ZTALMY	321
zaleplon.....	118	ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25	
ZARXIO	316	MG, 30 MG.....	322
ZEJULA	317	ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150	
ZELBORAF.....	318	MG	323
ZIEXTENZO	319	ZYKADIA	324

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario 3 – Formulario ID: 25512

Fecha de Efectividad: 05/01/2025 Última Actualización: 04/22/2025