



# MCS Classicare

## 2024 Formulario 1

### Crterios de Pre-Autorizaci3n

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

MCS Classicare requiere que usted (o su m3dico) obtengan pre-autorizaci3n para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitar3 autorizaci3n de MCS Classicare previo a que le despachen sus medicamentos. Si usted no recibe autorizaci3n, puede que MCS Classicare no cubra sus medicamentos.

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

**ATENCI3N:** Si habla espa1ol, tiene a su disposici3n 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 Actualizaci3n: 04/18/2024

## Criterios de Pre Autorización

# ABIRATERONE

### Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ACITRETIN

---

## Productos Afectados

- *acitretin*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ACTIMMUNE

---

## Productos Afectados

- ACTIMMUNE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ADALIMUMAB-ADBIM

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ADEMPAS

---

## Productos Afectados

- ADEMPAS

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# AFINITOR

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# AKEEGA

---

## Productos Afectados

- AKEEGA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ALECENSA

---

## Productos Afectados

- ALECENSA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ALOSETRON

---

## Productos Afectados

- *alose tron hcl*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ALPHA-1 PROTEINASE INHIBITOR

---

## Productos Afectados

- PROLASTIN-C

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ALUNBRIG

---

## Productos Afectados

- ALUNBRIG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# AMBRISENTAN

---

## Productos Afectados

- *ambrisentan*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# AMJEVITA

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# APTIOM

---

## Productos Afectados

- APTIOM

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ARCALYST

---

## Productos Afectados

- ARCALYST

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	Plan anual
<b>Otros Criterios</b>	Se necesita determinación de B vs. D según la guía de CMS
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ARIKAYCE

---

## Productos Afectados

- ARIKAYCE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ATYPICALS

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# AUGTYRO

---

## Productos Afectados

- AUGTYRO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# AUSTEDO

---

## Productos Afectados

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

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	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
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Corea asociada con la enfermedad de Huntington (corea de Huntington), o B.) Discinesia tardía
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un neurólogo o psiquiatra
<b>Duración de Cobertura</b>	Plan anual
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# AYVAKIT

## Productos Afectados

- AYVAKIT

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# BALVERSA

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# BANZEL

---

## Productos Afectados

- *rufinamide oral tablet*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# BENLYSTA

---

## Productos Afectados

- BENLYSTA

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un nefrólogo o reumatólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	Plan anual
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# BESREMI

---

## Productos Afectados

- BESREMI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# BEXAROTENE GEL

---

## Productos Afectados

- *bexarotene*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# BEXAROTENE ORAL

---

## Productos Afectados

- *bexarotene*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# BOSENTAN

---

## Productos Afectados

- *bosentan*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# BOSULIF

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# BRAFTOVI

---

## Productos Afectados

- BRAFTOVI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# BRIVIACT

---

## Productos Afectados

- BRIVIACT

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# BRONCHITOL

---

## Productos Afectados

- BRONCHITOL

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# BRUKINSA

## Productos Afectados

- BRUKINSA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# CABOMETYX

---

## Productos Afectados

- CABOMETYX

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# CALQUENCE

---

## Productos Afectados

- CALQUENCE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# CAMZYOS

---

## Productos Afectados

- CAMZYOS

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# CAPRELSA

---

## Productos Afectados

- CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG,  
300 MG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# CARGLUMIC ACID

---

## Productos Afectados

- *carglumic acid*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# CAYSTON

---

## Productos Afectados

- CAYSTON

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# CLOBAZAM

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# CNS STIMULANTS

## Productos Afectados

- *armodafinil*
- *modafinil*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# COMETRIQ

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# COPIKTRA

---

## Productos Afectados

- COPIKTRA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# CORLANOR

## Productos Afectados

- CORLANOR ORAL SOLUTION
- CORLANOR ORAL TABLET

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# COSENTYX

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# COTELLIC

---

## Productos Afectados

- COTELLIC

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# CYSTAGON

---

## Productos Afectados

- CYSTAGON

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# DALFAMPRIDINE

---

## Productos Afectados

- *dalfampridine er*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# DAURISMO

---

## Productos Afectados

- DAURISMO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# DAYBUE

---

## Productos Afectados

- DAYBUE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# DEFERASIROX

## Productos Afectados

- *deferasirox*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# DEFERIPRONE

---

## Productos Afectados

- *deferiprone*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# DIACOMIT

---

## Productos Afectados

- DIACOMIT

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# DICLOFENAC PATCH

---

## Productos Afectados

- *diclofenac epolamine*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# DIMETHYL FUMARATE

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# DOJOLVI

---

## Productos Afectados

- DOJOLVI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# DRONABINOL

---

## Productos Afectados

- *dronabinol*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# DROXIDOPA

---

## Productos Afectados

- *droxidopa*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# DUPIXENT

---

## Productos Afectados

- DUPIXENT

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# EMGALITY

---

## Productos Afectados

- EMGALITY
- EMGALITY (300 MG DOSE)

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# EMSAM

## Productos Afectados

- EMSAM

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ENBREL

## Productos Afectados

- ENBREL
- ENBREL SURECLICK
- ENBREL MINI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ENDARI

---

## Productos Afectados

- ENDARI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ENSPRYNG

---

## Productos Afectados

- ENSPRYNG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# EPIDIOLEX

---

## Productos Afectados

- EPIDIOLEX

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# EPOETIN THERAPY

---

## Productos Afectados

- RETACRIT

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ERIVEDGE

---

## Productos Afectados

- ERIVEDGE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ERLEADA

---

## Productos Afectados

- ERLEADA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# ERLOTINIB

## Productos Afectados

- *erlotinib hcl*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# EVEROLIMUS SUSPENSION

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# EVRYSDI

---

## Productos Afectados

- EVRYSDI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# EXKIVITY

---

## Productos Afectados

- EXKIVITY

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# FASENRA

---

## Productos Afectados

- FASENRA
- FASENRA PEN

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de asma grave con un fenotipo eosinofílico
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 12 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	Plan anual
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# FEBUXOSTAT

---

## Productos Afectados

- *febuxostat*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# FENTANYL ORAL

---

## Productos Afectados

- *fentanyl citrate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# FILSPARI

---

## Productos Afectados

- FILSPARI

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Embarazo o B.) Uso concomitante con los bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARA), antagonistas de los receptores de endotelina (ARE) o aliskiren
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# FINTEPLA

---

## Productos Afectados

- FINTEPLA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# FIRMAGON

---

## Productos Afectados

- FIRMAGON
- FIRMAGON (240 MG DOSE)

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# FOTIVDA

---

## Productos Afectados

- FOTIVDA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# FRUZAQLA

---

## Productos Afectados

- FRUZAQLA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# FULPHILA

---

## Productos Afectados

- FULPHILA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# FYCOMPA

---

## Productos Afectados

- FYCOMPA

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 4 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un neurólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# GAVRETO

---

## Productos Afectados

- GAVRETO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# GEFITINIB

---

## Productos Afectados

- *gefitinib*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# GILOTRIF

---

## Productos Afectados

- GILOTRIF

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# GLATIRAMER

---

## Productos Afectados

- *glatiramer acetate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# GLEOSTINE

---

## Productos Afectados

- GLEOSTINE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# GLP1

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# GROWTH HORMONE

---

## Productos Afectados

- OMNITROPE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HEPATITIS B

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HEPATITIS C

## Productos Afectados

- MAVYRET
- *sofosbuvir-velpatasvir*
- VOSEVI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HRM - ANALGESICS

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# HRM - ANTI-ARRHYTHMICS

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HRM - ANTICHOLINERGIC

---

## Productos Afectados

- *chlordiazepoxide-clidinium*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HRM - ANTIDEMENTIA

---

## Productos Afectados

- *ergoloid mesylates*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HRM - ANTIDEPRESSANTS

---

## Productos Afectados

- *chlordiazepoxide-amitriptyline*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HRM - ANTIHISTAMINES

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HRM - ANTIPARKINSON AGENTS

---

## Productos Afectados

- *benztropine mesylate*
- *trihexyphenidyl hcl*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HRM - BENZODIAZEPINES

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HRM - CARDIOVASCULAR

---

## Productos Afectados

- *guanfacine hcl er*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# HRM - MEGESTROL

---

## Productos Afectados

- *megestrol acetate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HRM - SEDATIVE HYPNOTICS

---

## Productos Afectados

- *zaleplon*
- *zolpidem tartrate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HRM - SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

---

## Productos Afectados

- *cyclobenzaprine hcl*
- *orphenadrine citrate er*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HUMIRA

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# HYFTOR

---

## Productos Afectados

- HYFTOR

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# IBRANCE

---

## Productos Afectados

- IBRANCE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ICATIBANT

---

## Productos Afectados

- *icatibant acetate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# ICLUSIG

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# IDHIFA

---

## Productos Afectados

- IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# IMATINIB

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# IMBRUVICA

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# INCRELEX

---

## Productos Afectados

- INCRELEX

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# INJECTABLE TESTOSTERONE

## Productos Afectados

- *testosterone cypionate*
- *testosterone enanthate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# INLYTA

---

## Productos Afectados

- INLYTA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# INQOVI

---

## Productos Afectados

- INQOVI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# INREBIC

---

## Productos Afectados

- INREBIC

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# INTRAROSA

---

## Productos Afectados

- INTRAROSA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# 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,

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# 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

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Se deben cumplir todos los siguientes: A.) Diagnóstico de schizofrenia y B.) Se estableció un tratamiento adecuado con Invega Sustenna durante al menos 4 meses
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un psiquiatra
<b>Duración de Cobertura</b>	12months
<b>Otros Criterios</b>	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
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ITRACONAZOLE

---

## Productos Afectados

- *itraconazole*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# IVERMECTIN

---

## Productos Afectados

- *ivermectin*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# IWILFIN

---

## Productos Afectados

- IWILFIN

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# JAKAFI

## Productos Afectados

- JAKAFI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# JAYPIRCA

---

## Productos Afectados

- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# JOENJA

---

## Productos Afectados

- JOENJA

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico del síndrome de la fosfatidilinositol-3-cinasa activada (PI3K) delta
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 12 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Pendiente de revisión de CMS
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# KALYDECO

---

## Productos Afectados

- KALYDECO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# KERENDIA

---

## Productos Afectados

- KERENDIA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# KINERET

---

## Productos Afectados

- KINERET

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# KISQALI

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



<b>Crterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Crterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# KISQALI FEMARA

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# KORLYM

## Productos Afectados

- KORLYM

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# KOSELUGO

---

## Productos Afectados

- KOSELUGO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# KRAZATI

---

## Productos Afectados

- KRAZATI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# LAPATINIB

---

## Productos Afectados

- *lapatinib ditosylate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# LENALIDOMIDE

---

## Productos Afectados

- *lenalidomide*

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Embarazo
<b>Información Médica Requerida</b>	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 previas, una de las que incluía bortezomib, E.) Linfoma folicular y se usa en combinación con rituximab, o F.) Linfoma de zona marginal y se usa en combinación con rituximab
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# 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)

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# LEUKINE

## Productos Afectados

- LEUKINE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# 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)

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# LIDOCAINE EXT

---

## Productos Afectados

- *lidocaine external ointment*
- *lidocaine hcl*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# LINEZOLID

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# LONSURF

---

## Productos Afectados

- LONSURF

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# LORBRENA

---

## Productos Afectados

- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG,  
25 MG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# LUMAKRAS

---

## Productos Afectados

- LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# LYNPARZA

## Productos Afectados

- LYNPARZA

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	<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>
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# LYTGOBI

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# MATULANE

---

## Productos Afectados

- MATULANE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# MAYZENT

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# MEKINIST

## Productos Afectados

- MEKINIST

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# MEKTOVI

---

## Productos Afectados

- MEKTOVI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# MIFEPRISTONE

---

## Productos Afectados

- *mifepristone*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# MIGLUSTAT

---

## Productos Afectados

- *miglustat*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# NAMZARIC

---

## Productos Afectados

- NAMZARIC

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# NAYZILAM

---

## Productos Afectados

- NAYZILAM

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# NERLYNX

---

## Productos Afectados

- NERLYNX

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# NINLARO

---

## Productos Afectados

- NINLARO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# NUBEQA

---

## Productos Afectados

- NUBEQA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# NUEDEXTA

---

## Productos Afectados

- NUEDEXTA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# NUPLAZID

---

## Productos Afectados

- NUPLAZID

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# OCTREOTIDE

## Productos Afectados

- *octreotide acetate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ODOMZO

---

## Productos Afectados

- ODOMZO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# OFEV

---

## Productos Afectados

- OFEV

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# OGSIVEO

---

## Productos Afectados

- OGSIVEO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# OJJAARA

---

## Productos Afectados

- OJJAARA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ONUREG

---

## Productos Afectados

- ONUREG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# OPSUMIT

---

## Productos Afectados

- OPSUMIT

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ORENCIA

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# ORGOVYX

---

## Productos Afectados

- ORGOVYX

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ORKAMBI

---

## Productos Afectados

- ORKAMBI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ORSERDU

---

## Productos Afectados

- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# OTEZLA

## Productos Afectados

- OTEZLA ORAL TABLET
- OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# PANRETIN

---

## Productos Afectados

- PANRETIN

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# PEGYLATED INTERFERON

## Productos Afectados

- PEGASYS

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# PEMAZYRE

---

## Productos Afectados

- PEMAZYRE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# PENICILLAMINE

---

## Productos Afectados

- *penicillamine*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# PIQRAY

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# PIRFENIDONE

---

## Productos Afectados

- *pirfenidone*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# POMALYST

---

## Productos Afectados

- POMALYST

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# POSACONAZOLE

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# PREVYMIS

---

## Productos Afectados

- PREVYMIS

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# PROLIA

## Productos Afectados

- PROLIA

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Hipocalcemia (calcio menor que 8.0 mg/dl)
<b>Información Médica Requerida</b>	Se deben cumplir todos los siguientes: A.) Diagnóstico de uno de los siguientes: 1.) Tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fractura, 2.) Tratamiento de la osteoporosis en varones con alto riesgo de fractura 3.) Tratamiento de la pérdida de hueso en hombres que reciben terapia de privación de andrógenos para el cáncer de próstata no metastásico, 4.) Tratamiento de la pérdida de hueso en mujeres que reciben terapia con inhibidores de la 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
<b>Restricciones de edad</b>	ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# PROMACTA

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# PULMOZYME

---

## Productos Afectados

- PULMOZYME

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# PURIXAN

---

## Productos Afectados

- PURIXAN

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# PYRIMETHAMINE

---

## Productos Afectados

- *pyrimethamine*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# QINLOCK

---

## Productos Afectados

- QINLOCK

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# QUININE SULFATE

---

## Productos Afectados

- *quinine sulfate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# RAVICTI

---

## Productos Afectados

- RAVICTI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# REGRANEX

---

## Productos Afectados

- REGRANEX

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Neoplasia conocida en el lugar de aplicación
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 16 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	Plan anual
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# REPATHA

## Productos Afectados

- REPATHA
- REPATHA SURECLICK
- REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 10 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# RETEVMO

---

## Productos Afectados

- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# REVLIMID

## Productos Afectados

- REVLIMID

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Embarazo
<b>Información Médica Requerida</b>	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 previas, una de las que incluía bortezomib, E.) Linfoma folicular y se usa en combinación con rituximab, o F.) Linfoma de zona marginal y se usa en combinación con rituximab
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo o hematólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# REZLIDHIA

---

## Productos Afectados

- REZLIDHIA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# REZUROCK

---

## Productos Afectados

- REZUROCK

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# RILUZOLE

---

## Productos Afectados

- *riluzole*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# RINVOQ

## Productos Afectados

- RINVOQ

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# RIVFLOZA

---

## Productos Afectados

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

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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 <sup>2</sup> )
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 9 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un NEFRÓLOGO
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# ROZLYTREK

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# RUBRACA

---

## Productos Afectados

- RUBRACA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# RUFINAMIDE

---

## Productos Afectados

- *rufinamide oral suspension*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# RYDAPT

---

## Productos Afectados

- RYDAPT

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SAPROPTERIN

---

## Productos Afectados

- *sapropterin dihydrochloride*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SCSEMBLIX

---

## Productos Afectados

- SCSEMBLIX

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SIGNIFOR

---

## Productos Afectados

- SIGNIFOR

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	Plan anual
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SILDENAFIL

## Productos Afectados

- *sildenafil citrate oral tablet 20 mg*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# SIRTURO

---

## Productos Afectados

- SIRTURO

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 5 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas
<b>Duración de Cobertura</b>	24 semanas
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SKYRIZI

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SODIUM OXYBATE

---

## Productos Afectados

- *sodium oxybate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SOHONOS

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SOLTAMOX

---

## Productos Afectados

- SOLTAMOX

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SOMAVERT

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SORAFENIB

---

## Productos Afectados

- *sorafenib tosylate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SPRYCEL

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# STELARA

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# STIVARGA

---

## Productos Afectados

- STIVARGA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SUNITINIB

---

## Productos Afectados

- *sunitinib malate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SYMLIN

---

## Productos Afectados

- SYMLINPEN 120
- SYMLINPEN 60

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Diagnóstico confirmado de gastroparesia, B.) Desconocimiento de hipoglucemia
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	Plan anual
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# SYNAREL

---

## Productos Afectados

- SYNAREL

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TABRECTA

---

## Productos Afectados

- TABRECTA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TADALAFIL

---

## Productos Afectados

- *tadalafil*

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	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
<b>Información Médica Requerida</b>	Diagnóstico de hiperplasia prostática benigna (BPH) y el paciente tuvo intolerancia o fracaso del tratamiento a UN bloqueador alfa (por ejemplo, doxazosin, prazosin, tamsulosin) Y a UN inhibidor de la 5-alfa reductasa (por ejemplo, dutasteride, finasteride).
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un urólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TAFINLAR

## Productos Afectados

- TAFINLAR

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# TAGRISSO

## Productos Afectados

- TAGRISSO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TALZENNA

---

## Productos Afectados

- TALZENNA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TASIGNA

---

## Productos Afectados

- TASIGNA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TAZAROTENE

## Productos Afectados

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

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Embarazo
<b>Información Médica Requerida</b>	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)
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 12 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TAZVERIK

---

## Productos Afectados

- TAZVERIK

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 16 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TEPMETKO

---

## Productos Afectados

- TEPMETKO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TERIPARATIDE

---

## Productos Afectados

- *teriparatide (recombinant)*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# TETRABENAZINE

---

## Productos Afectados

- *tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# THALOMID

---

## Productos Afectados

- THALOMID

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TIBSOVO

## Productos Afectados

- TIBSOVO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TOBI

---

## Productos Afectados

- TOBI PODHALER

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Sensibilidad conocida a cualquier aminoglucósido
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 6 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	Plan anual
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TOPICAL RETINOIDS

---

## Productos Afectados

- *adapalene*
- *tretinoin external*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TOPICAL TESTOSTERONE

## Productos Afectados

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

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Carcinoma de mama (solo hombres), B.) Carcinoma de la próstata, conocido o sospechado, C.) Embarazo
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TOREMIFENE

---

## Productos Afectados

- *toremifene citrate*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TRELSTAR

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# TRIENTINE

---

## Productos Afectados

- *trientine hcl*

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TRIKAFTA

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TRUQAP

---

## Productos Afectados

- TRUQAP

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TUKYSA

## Productos Afectados

- TUKYSA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TURALIO

---

## Productos Afectados

- TURALIO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# TYMLOS

---

## Productos Afectados

- TYMLOS

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	Plan anual (tratamiento máximo de 24 meses por tiempo de vida del paciente)
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# UBRELVY

---

## Productos Afectados

- UBRELVY

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# VALCHLOR

---

## Productos Afectados

- VALCHLOR

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# VANFLYTA

---

## Productos Afectados

- VANFLYTA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# VENCLEXTA

## Productos Afectados

- VENCLEXTA
- VENCLEXTA STARTING PACK

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# VERQUVO

---

## Productos Afectados

- VERQUVO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# VERZENIO

## Productos Afectados

- VERZENIO

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de edad</b>	Mayores de 18 años
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un oncólogo
<b>Duración de Cobertura</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# VIGABATRIN

---

## Productos Afectados

- *vigabatrín*
- VIGADRONE
- VIGPODER

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# VIJOICE

---

## Productos Afectados

- VIJOICE

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# VITRAKVI

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# VIZIMPRO

---

## Productos Afectados

- VIZIMPRO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# VONJO

---

## Productos Afectados

- VONJO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# VORICONAZOLE

## Productos Afectados

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

Criterios	Detalles del Criterio
<b>Criterios de Exclusión</b>	Cualquiera de los siguientes A.) Uso concomitante de carbamazepine, sustratos de CYP3A4 (por ejemplo, terfenadine, astemizole, cisapride, 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
<b>Información Médica Requerida</b>	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>
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas
<b>Duración de Cobertura</b>	6 meses
<b>Otros Criterios</b>	Ninguno
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# VOTRIENT

---

## Productos Afectados

- VOTRIENT

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# WELIREG

---

## Productos Afectados

- WELIREG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# XALKORI

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# XCOPRI

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# XDEMVY

---

## Productos Afectados

- XDEMVY

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# XELJANZ

---

## Productos Afectados

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

<b>Criterios</b>	<b>Detalles del Criterio</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Ninguno
<b>Información Médica Requerida</b>	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.
<b>Restricciones de edad</b>	Ninguno
<b>Restricciones de proveedor</b>	Ninguno
<b>Duración de Cobertura</b>	Plan anual
<b>Otros Criterios</b>	Es necesario hacer una evaluación para detectar la infección de tuberculosis latente antes de iniciar el tratamiento
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
<b>Usos no indicados</b>	N/A
<b>Prerrequisito de la Parte B</b>	No

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# XERMELO

---

## Productos Afectados

- XERMELO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# XGEVA

## Productos Afectados

- XGEVA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# XOLAIR

## Productos Afectados

- XOLAIR

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# XOSPATA

---

## Productos Afectados

- XOSPATA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# 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)

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# XTANDI

---

## Productos Afectados

- XTANDI

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# YONSA

---

## Productos Afectados

- YONSA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# ZARXIO

---

## Productos Afectados

- ZARXIO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ZEJULA

---

## Productos Afectados

- ZEJULA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ZELBORAF

---

## Productos Afectados

- ZELBORAF

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ZIEXTENZO

---

## Productos Afectados

- ZIEXTENZO

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ZILBRYSQ

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ZOKINVY

---

## Productos Afectados

- ZOKINVY

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ZOLINZA

---

## Productos Afectados

- ZOLINZA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ZTALMY

---

## Productos Afectados

- ZTALMY

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024



# ZURZUVAE

---

## Productos Afectados

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

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ZYDELIG

---

## Productos Afectados

- ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

# ZYKADIA

---

## Productos Afectados

- ZYKADIA

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

## PARTE B VERSUS PARTE D

---

### Productos Afectados

- *acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %*
- *acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml*
- *albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml*
- *amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg*
- *amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg*
- *ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg*
- *aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg*
- *azathioprine oral tablet 50 mg*
- *azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg*
- *budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml*
- *calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act*
- *calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg*
- *calcitriol oral solution 1 mcg/ml*
- *cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm*
- *cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg*
- *cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm*
- *cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg*
- **CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT**
- *ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml*
- *clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 900 mg/6ml*
- **CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %**
- **CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %**
- **CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %**
- *colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg*
- *cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml*
- *cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg*
- *cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg*
- *cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg*
- *cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml*
- *cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg*
- *dextrose intravenous solution 10 %, 5 %*
- *dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %*
- **DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG**
- **ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML**
- **ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML**
- **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**

Crterios de Pre Autorizaci3n

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versi3n 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 3ltima Actualizaci3n: 04/18/2024

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

Crterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

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

### **Detalles**

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

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

## Listado alfabético

### A

ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML .....	19, 20
ABILIFY MAINTENA .....	19, 20
abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg .....	1
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 % .....	291
acitretin .....	2
ACTIMMUNE.....	3
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml .....	291
adalimumab-adbm (2 pen) .....	4
adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 20 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml.....	4
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) .....	4
adalimumab-adbm(ps/uv starter) .....	4
adapalene.....	244
adefovir dipivoxil.....	93
ADEMPAS .....	5, 6
AKEEGA .....	9
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml ..	291
ALECENSA.....	10
alosetron hcl .....	11
aprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg .....	102
ALUNBRIG.....	13
ambrisentan .....	14
AMJEVITA.....	15
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG .....	15
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg.....	291
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg .....	291
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg.....	291

aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg .....	291
APTIOM .....	16
ARCALYST .....	17
ARIKAYCE.....	18
armodafinil.....	43
AUGTYRO.....	21
AUSTEDO.....	22
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG .....	22
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION .	22
AYVAKIT .....	23
azathioprine oral tablet 50 mg.....	291
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg.....	291

### B

BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG.....	24
BARACLUDGE .....	93
BENLYSTA.....	26
benztropine mesylate .....	101
BESREMI .....	27
bexarotene .....	28, 29
bosentan .....	30
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG .....	31
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG.....	31
BRAFTOVI.....	32
BRIVIACT.....	33
BRONCHITOL.....	34
BRUKINSA .....	35
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml .....	291
butalbital-acetaminophen.....	95
butalbital-apap-caffeine .....	95

### C

CABOMETYX .....	36
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act.....	291

Crterios de Pre Autorizaci3n

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versi3n 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 3ltima Actualizaci3n: 04/18/2024

calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	291	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).	48
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	291	COSENTYX UNOREADY	48
CALQUENCE	37	COTELLIC	49
CAMZYOS	38	cromolyn sodium inhalation nebulization	
CAPLYTA	19, 20	solution 20 mg/2ml	291
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300		cyclobenzaprine hcl	106
MG	39	cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50	
carglumic acid	40	mg	291
CAYSTON	41	cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	
cefoxitin sodium intravenous solution			291
reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	291	cyclosporine modified oral capsule 100 mg,	
cefuroxime sodium injection solution		25 mg, 50 mg	291
reconstituted 750 mg	291	cyclosporine modified oral solution 100	
cefuroxime sodium intravenous solution		mg/ml	291
reconstituted 1.5 gm	291	cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	291
chlordiazepoxide hcl	102	CYSTAGON	50
chlordiazepoxide-amitriptyline	99	<b>D</b>	
chlordiazepoxide-clidinium	97	dalfampridine er	51
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg, 90		DAURISMO	52
mg	291	DAYBUE	53
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION		deferasirox	54
RECONSTITUTED 500 UNIT	291	deferiprone	55
ciprofloxacin in d5w intravenous solution		dextrose intravenous solution 10 %, 5 %	291
200 mg/100ml	291	dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %	291
clindamycin phosphate injection solution		DIACOMIT	56
600 mg/4ml, 900 mg/6ml	291	diclofenac epolamine	57
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)		digoxin oral solution	96
INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	291	digoxin oral tablet 250 mcg	96
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)		dimethyl fumarate	58
INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	291	dimethyl fumarate starter pack	58
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)		DOJOLVI	59
INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	291	DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION	
clobazam oral suspension	42	RECONSTITUTED 100 MG	291
clobazam oral tablet	42	dronabinol	60
colistimethate sodium (cba) injection		droxidopa	61
solution reconstituted 150 mg	291	DUPIXENT	62
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	44	<b>E</b>	
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	44	ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5	
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	44	MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	145
COPIKTRA	45	EMGALITY	63
CORLANOR ORAL SOLUTION	46, 47	EMGALITY (300 MG DOSE)	63
CORLANOR ORAL TABLET	46, 47	EMSAM	64
COSENTYX	48	ENBREL	65
COSENTYX (300 MG DOSE)	48		

#### Crterios de Pre Autorizaci3n

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versi3n 12  
Fecha de Efectividad: 05/01/2024 3ltima Actualizaci3n: 04/18/2024



ENBREL MINI.....	65	FYCOMPA .....	85
ENBREL SURECLICK.....	65	<b>G</b>	
ENDARI .....	66	GAMMAGARD INJECTION SOLUTION	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION		2.5 GM/25ML.....	291
20 MCG/ML .....	291	GAMMAGARD S/D LESS IGA	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION		INTRAVENOUS SOLUTION	
PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML,		RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM....	291
20 MCG/ML .....	291	GAMMAPLEX INTRAVENOUS	
ENSPRYNG .....	67	SOLUTION 10 GM/100ML, 10	
entecavir .....	93	GM/200ML, 20 GM/200ML, 5	
ENVARBUS XR ORAL TABLET		GM/50ML.....	292
EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75		GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1	
MG, 1 MG, 4 MG .....	291	GM/10ML.....	292
EPIDIOLEX.....	68	GAVRETO .....	86
ergoloid mesylates .....	98	gefitinib.....	87
ERIVEDGE.....	70	GILOTRIF .....	88
ERLEADA.....	71	glatiramer acetate .....	89
erlotinib hcl .....	72	GLEOSTINE.....	90
estazolam.....	102	granisetron hcl oral tablet 1 mg .....	292
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75		guanfacine hcl er.....	103
mg, 1 mg .....	291	<b>H</b>	
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg,		heparin sodium (porcine) injection solution	
7.5 mg .....	7, 8	10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000	
everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5		unit/ml .....	292
mg .....	73	HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR	
EVRYSDI.....	74	SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20	
EXKIVITY .....	75	MCG/0.5ML .....	292
<b>F</b>		HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS	
FANAPT .....	19, 20	PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40	
FANAPT TITRATION PACK.....	19, 20	MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML .....	107, 108
FASENRA .....	76	HUMIRA (2 SYRINGE)	
FASENRA PEN.....	76	SUBCUTANEOUS PREFILLED	
febuxostat.....	77	SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20	
fentanyl citrate .....	78	MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40	
FILSPARI .....	79	MG/0.8ML.....	107, 108
FINTEPLA.....	80	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER..	107, 108
FIRMAGON .....	81	HUMIRA-PED<40KG CROHNS	
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	81	STARTER.....	107, 108
fluconazole in sodium chloride intravenous		HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START	
solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9		.....	107, 108
mg/200ml-% .....	291	HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER	
FOTIVDA .....	82	.....	107, 108
FRUZAQLA .....	83	HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER	
FULPHILA .....	84	.....	107, 108

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER	
.....	107, 108
hydroxyzine hcl.....	100
hydroxyzine pamoate .....	100
HYFTOR.....	109
<b>I</b>	
IBRANCE.....	110
icatibant acetate.....	111
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG.....	112
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	
.....	113
imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg .....	114
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG .....	115
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION.....	115
IMBRUVICA ORAL TABLET .....	115
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML.....	292
INCRELEX.....	116
INLYTA.....	118
INQOVI .....	119
INREBIC.....	120
INTRAROSA.....	121
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML .....	122
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 .....	123, 124
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML .....	125
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 % .....	292
ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml .....	292
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION.....	292
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION.....	292
itraconazole .....	126
ivermectin .....	127
IWILFIN .....	128
<b>J</b>	
JAKAFI.....	129
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG .....	130
JOENJA .....	131
<b>K</b>	
KALYDECO.....	132
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10- 5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%- %, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-% .....	292
kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l.....	292
KERENDIA .....	133
KINERET .....	134
KISQALI (200 MG DOSE).....	135, 136
KISQALI (400 MG DOSE).....	135, 136
KISQALI (600 MG DOSE).....	135, 136
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ..	137
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ..	137
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ..	137
KORLYM .....	138
KOSELUGO .....	139
KRAZATI.....	140
<b>L</b>	
lapatinib ditosylate .....	141
lenalidomide.....	142
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) .....	143
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) .....	143
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) .....	143
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) .....	143
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) .....	143
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) .....	143
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) .....	143
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) .....	143
LEUKINE .....	144

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

leuprolide acetate .....	145	modafinil .....	43
leuprolide acetate (3 month) .....	145	multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution.....	292
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml.....	292	mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg .....	292
lidocaine external ointment.....	146	mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml .....	292
lidocaine hcl .....	146	mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg .....	292
linezolid intravenous .....	147	mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg .....	292
linezolid oral suspension reconstituted ...	147	<b>N</b>	
linezolid oral tablet .....	147	NAMZARIC .....	161
LONSURF .....	148	NAYZILAM .....	162
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG .....	149	NERLYNX .....	163
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG .....	150	NINLARO.....	164
LUPRON DEPOT (1-MONTH) .....	145	NOXAFIL .....	187
LUPRON DEPOT (3-MONTH) .....	145	NUBEQA .....	165
LUPRON DEPOT (4-MONTH) .....	145	NUEDEXTA.....	166
LUPRON DEPOT (6-MONTH) .....	145	NUPLAZID.....	167
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) ....	145	NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 % .....	292
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) ....	145	<b>O</b>	
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) ....	145	octreotide acetate .....	168
LYBALVI.....	19, 20	ODOMZO .....	169
LYNPARZA .....	151, 152	OFEV .....	170
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) .....	153	OGSIVEO .....	171
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) .....	153	OJJAARA .....	172
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) .....	153	OMNITROPE .....	92
<b>M</b>		ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml..	292
MATULANE .....	154	ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg...	292
MAVYRET.....	94	ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg .....	292
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG.....	155	ONUREG.....	173
MAYZENT STARTER PACK.....	155	OPSUMIT .....	174
megestrol acetate.....	104	ORENCIA CLICKJECT.....	175
MEKINIST .....	156, 157	ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML .....	175
MEKTOVI .....	158	ORGOVYX.....	176
methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml .....	292	ORKAMBI.....	177
methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml .....	292	orphenadrine citrate er .....	106
metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml .....	292	ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG .....	178
mifepristone .....	159		
miglustat.....	160		

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

OTEZLA ORAL TABLET.....	179	PROLASTIN-C.....	12
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK.....	179	PROLIA .....	189, 190
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	91	PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG, 25 MG .....	191
OZEMPIC (1 MG/DOSE) .....	91	PROMACTA ORAL TABLET .....	191
OZEMPIC (2 MG/DOSE) .....	91	promethazine hcl.....	100
<b>P</b>		PROMETHEGAN .....	100
PANRETIN.....	180	PULMOZYME .....	192
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg.....	292	PURIXAN.....	193
PEGASYS.....	181	pyrimethamine .....	194
PEMAZYRE.....	182	<b>Q</b>	
penicillamine.....	183	QINLOCK.....	195
penicillin g potassium injection solution reconstituted 2000000 unit.....	292	quinine sulfate.....	196
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit.....	292	<b>R</b>	
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg.....	292	RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED... ..	292
pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg.....	292	RAVICTI .....	197
PERSERIS .....	19, 20	RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML .....	292
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	184	RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML .....	292
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	184	REGRANEX.....	198
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	184	REPATHA .....	199
pirfenidone .....	185	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM..	199
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION.....	292	REPATHA SURECLICK.....	199
POMALYST .....	186	RETACRIT.....	69
posaconazole oral suspension .....	187	RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG .....	200
posaconazole oral tablet delayed release	187	REVLIMID.....	201
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l- %, 40-0.9 meq/l-% .....	292	REXULTI .....	19, 20
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml .....	292	REZLIDHIA .....	202
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l.....	292	REZUROCK.....	203
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML .....	292	riluzole .....	204
PREVYMIS .....	188	RINVOQ.....	205, 206
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG .....	292	RISPERDAL CONSTA.....	19, 20
		RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION.....	207
		RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	128
		MG/0.8ML, 160 MG/ML .....	207
		ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG .....	208

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024

ROZLYTREK ORAL PACKET .....	208	SYNAREL .....	228
RUBRACA .....	209	<b>T</b>	
rufinamide oral suspension .....	210	TABRECTA .....	229
rufinamide oral tablet.....	25	tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	
RYBELSUS .....	91	.....	293
RYDAPT.....	211	tadalafil .....	230
<b>S</b>		TAFINLAR.....	231
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100		TAGRISO.....	232, 233
MG/ML.....	293	TALZENNA .....	234
sapropterin dihydrochloride .....	212	TASIGNA.....	235
SCEMBLIX .....	213	tazarotene external cream .....	236
SECUADO.....	19, 20	tazarotene external gel .....	236
SIGNIFOR .....	214	TAZORAC.....	236
sildenafil citrate oral tablet 20 mg .....	215	TAZVERIK.....	237
sirolimus oral solution 1 mg/ml .....	293	TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION	
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	293	RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	
SIRTURO .....	216	.....	293
SKYRIZI PEN .....	217	temazepam .....	102
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION		TEPMETKO .....	238
CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360		teriparatide (recombinant).....	239
MG/2.4ML .....	217	testosterone cypionate.....	117
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION		testosterone enanthate .....	117
PREFILLED SYRINGE .....	217	testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%),	
sodium oxybate .....	218	12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/1.25gm	
sofosbuvir-velpatasvir.....	94	(1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 25	
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5		mg/2.5gm (1%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%),	
MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG.....	219	50 mg/5gm (1%) .....	245
SOLTAMOX .....	220	testosterone transdermal solution.....	245
SOMAVERT SUBCUTANEOUS		tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	240
SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG,		THALOMID .....	241
15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG.....	221	TIBSOVO .....	242
sorafenib tosylate .....	222	tigecycline intravenous solution	
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140		reconstituted 50 mg.....	293
MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	223	TOBI PODHALER.....	243
STELARA SUBCUTANEOUS		tobramycin inhalation nebulization solution	
SOLUTION.....	224	300 mg/5ml .....	293
STELARA SUBCUTANEOUS		tobramycin sulfate injection solution 10	
SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45		mg/ml, 80 mg/2ml.....	293
MG/0.5ML, 90 MG/ML .....	224	toremifene citrate .....	246
STIVARGA .....	225	TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS	
sunitinib malate.....	226	CONCENTRATE .....	293
SYMLINPEN 120.....	227	TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION	
SYMLINPEN 60.....	227	10 % .....	293
SYMPAZAN.....	42		

Crterios de Pre Autorizaci3n

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versi3n 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 3ltima Actualizaci3n: 04/18/2024

TRELSTAR MIXJECT	
INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG,	
3.75 MG .....	247
tretinoin external .....	244
trientine hcl .....	248
trihexyphenidyl hcl .....	101
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY	
PACK.....	249
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-	
50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	
.....	249
TROPHAMINE INTRAVENOUS	
SOLUTION 10 % .....	293
TRULICITY .....	91
TRUQAP.....	250
TUKYSA .....	251
TURALIO.....	252
TYMLOS .....	253
<b>U</b>	
UBRELVY .....	254
<b>V</b>	
VALCHLOR.....	255
VANFLYTA.....	256
VEMLIDY .....	93
VENCLEXTA.....	257
VENCLEXTA STARTING PACK .....	257
VERQUVO.....	258
VERSACLOZ.....	19, 20
VERZENIO.....	259, 260
vigabatrin .....	261
VIGADRONE.....	261
VIGODER .....	261
VIJOICE .....	262
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25	
MG .....	263
VITRAKVI ORAL SOLUTION .....	263
VIZIMPRO .....	264
VONJO .....	265
voriconazole intravenous .....	266
voriconazole oral suspension reconstituted	
.....	266
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg..	266
VOSEVI.....	94
VOTRIENT.....	267
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3	
MG, 4.5 MG, 6 MG .....	19, 20
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY	
PACK.....	19, 20
<b>W</b>	
WELIREG.....	268
<b>X</b>	
XALKORI ORAL CAPSULE.....	269
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE	
150 MG, 20 MG, 50 MG .....	269
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	
.....	293
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	270
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	270
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150	
MG, 200 MG, 50 MG .....	270
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY	
PACK.....	270
XDEMVI .....	271
XELJANZ ORAL SOLUTION .....	272
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	
.....	272
XELJANZ XR .....	272
XERMELO .....	273
XGEVA.....	274
XOLAIR .....	275
XOSPATA .....	276
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)...	277
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	277
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)...	277
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	277
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)...	277
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	277
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)...	277
XTANDI.....	278
<b>Y</b>	
YONSA.....	279
<b>Z</b>	
zaleplon .....	105
ZARXIO .....	280
ZEJULA.....	281
ZELBORAF.....	282
ZIEXTENZO .....	283

Crterios de Pre Autorizaci3n

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versi3n 12  
Fecha de Efectividad: 05/01/2024 3ltima Actualizaci3n: 04/18/2024

ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS	ZTALMY .....	287
SOLUTION PREFILLED SYRINGE 23	ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25	
MG/0.574ML, 32.4 MG/0.81ML .....	MG, 30 MG.....	288
ziprasidone mesylate.....	ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150	
19, 20	MG .....	289
ZOKINVY .....	ZYKADIA .....	290
285		
ZOLINZA .....		
286		
zolpidem tartrate .....		
105		

Criterios de Pre Autorización

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 24445 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización: 04/18/2024