

Criterios de AP

Grupo de autorización previa

Nombres de Medicamentos

Indicador de indicación de AP

Usos no autorizados

Criterio de exclusión

Información médica obligatoria

Restricciones de edad

Restricciones del médico

Duración de la cobertura

Otros criterios

ABIRATERONA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS

ACETATO DE ABIRATERONA

Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Cáncer de próstata no metastásico (M0), cáncer de próstata de alto riesgo, cáncer de próstata de alto riesgo no metastásico, cáncer de próstata no metastásico con persistencia/recurrencia del antígeno prostático específico (PSA) después de una prostatectomía radical

-

El medicamento solicitado se utilizará junto con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.

-

-

Año del plan

-

Grupo de autorización previa

Nombres de Medicamentos

Indicador de indicación de AP

Usos no autorizados

Criterio de exclusión

Información médica obligatoria

Restricciones de edad

Restricciones del médico

Duración de la cobertura

Otros criterios

ACITRETINA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS

ACITRETINA

Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Prevención de cánceres de piel no melanoma en personas de alto riesgo, liquen plano, queratosis folicular (enfermedad de Darier)

-

Para la psoriasis: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato o a la ciclosporina.

-

-

Año del plan

-

Grupo de autorización previa

Nombres de Medicamentos

Indicador de indicación de AP

Usos no autorizados

Criterio de exclusión

Información médica obligatoria

Restricciones de edad

Restricciones del médico

Duración de la cobertura

Otros criterios

ACTIMMUNE - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS

ACTIMMUNE

Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas

Micosis fungoide, síndrome de Sézary

-

-

-

-

Año del plan

-

Grupo de autorización previa	AIMOVIG - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	AIMOVIG
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que le impediría una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos. Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción en los días de migraña por mes desde el inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 3 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AKEEGA - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	AKEEGA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El medicamento solicitado se utilizará junto con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ALBENDAZOL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ALBENDAZOL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Ascariasis, tricuriasis, microsporidiosis.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Enfermedad hidatídica, ,microsporidiosis: 6 meses, Todas las demás indicaciones: 1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALDURAZYME - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ALDURAZYME
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para mucopolisacaridosis I (MPS I): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-L-iduronidasa y/o mediante pruebas genéticas. Los pacientes con la forma Scheie (es decir, MPS I atenuada) deben tener síntomas de moderados a graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ALECENSA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ALECENSA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) positivo para ALK recurrente, metástasis cerebrales de CPCNP positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) positivo para ALK, enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK, linfoma de células B grandes positivo para ALK
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALOSETRON - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CLORHIDRATO DE ALOSETRON
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el síndrome del intestino irritable (SII) con predominio de diarrea grave: 1) el medicamento solicitado se receta a una mujer biológica o a una persona que se identifica como mujer, 2) síntomas de SII crónico que duran al menos 6 meses, 3) se han descartado anomalías del tracto gastrointestinal, Y 4) respuesta inadecuada a una terapia convencional (p. ej., antiespasmódicos, antidepresivos, antidiarreicos).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INHIBIDOR DE LA ALFA1-PROTEINASA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ARALAST NP, PROLASTIN-C, ZEMAIRA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la deficiencia del inhibidor de la proteinasa alfa1: El paciente debe tener 1) enfisema clínicamente evidente, Y 2) un nivel de inhibidor de proteinasa alfa1 sérico previo al tratamiento menor a 11 micromol/L (80 miligramos por decilitro [mg/dL] por inmunodifusión radial o 50 mg/dL por nefelometría).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALUNBRIG - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ALUNBRIG
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) positivo para ALK recurrente, metástasis cerebrales de CPCNP positivo para ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK, enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) la enfermedad es positiva para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALVAIZ - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ALVAIZ
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la trombocitopenia inmune (TPI) crónica o persistente (nuevos comienzos): 1) El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o es intolerante a una terapia previa como corticosteroides o inmunoglobulinas, Y 2) El recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio de la medicación solicitada es inferior a 30 000/mcL O de 30 000/mcL a 50 000/mcL con sangrado sintomático o factor(es) de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se anticipa pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad de úlcera péptica e hipertensión, terapia de anticoagulación, profesión o estilo de vida que predisponga al paciente a trauma). Para TPI (continuación): respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) El recuento de plaquetas actual es menor o igual a 200 000/mcL O 2) El recuento de plaquetas actual es mayor a 200 000/mcL o menor o igual a 400 000/mcL y la dosis se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes. Para la trombocitopenia asociada a la hepatitis C crónica (nuevos comienzos): el medicamento solicitado se utiliza para el inicio y el mantenimiento de la terapia basada en interferón. Para la trombocitopenia asociada con la hepatitis C crónica (continuación): el paciente está recibiendo terapia basada en interferón. Para anemia aplásica grave (AA) (nuevos comienzos): El paciente tuvo una respuesta insuficiente a la terapia inmunosupresora.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	VHC: 6 meses, PTI/AA inicial: 6 meses, reautenticación PTI: Año del plan, autenticación AA: Año del plan APR, semanas IPR-16
Otros criterios	Para AA severa (continuación): 1) El recuento actual de plt es de 50 000 a 200 000/mcL, O 2) El recuento actual de plt es inferior a 50 000/mcL y el paciente no ha recibido la terapia titulada adecuadamente durante al menos 16 semanas, O 3) El recuento actual de plt es inferior a 50 000/mcL y el paciente es independiente de la transfusión, O 4) el recuento actual de plt es superior a 200 000/mcL o menor o igual a 400 000/mcL y la dosis se ajustará para lograr y mantener un recuento objetivo adecuado de plt. APR: respuesta plaquetaria adecuada (mayor a 50.000/mcL), IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (menos de 50.000/mcL).

Grupo de autorización previa	AMBRISENTAN - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	AMBRISENTÁN
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar de enclavamiento previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ANFETAMINAS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ANFETAMINA/DEXTROANFETAMINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	1) El paciente tiene un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o Trastorno por Déficit de Atención (TDA) O 2) El paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado mediante un estudio del sueño.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ARCALYST - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	ARCALYST
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Prevención de los brotes de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para reducir el urato
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la prevención de los brotes de gota en pacientes que inician o continúan una terapia para reducir el urato (p. ej., alopurinol) (nuevos inicios): 1) dos o más brotes de gota en los 12 meses anteriores, Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y colchicina, Y 3) uso concurrente con terapia reductora del ácido úrico. Para la prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan una terapia para reducir el urato (p. ej., alopurinol) (continuación): 1) el paciente debe haber logrado o mantenido un beneficio clínico (es decir, un menor número de ataques de gota o menos días de brote) en comparación con el valor basal, Y 2) uso continuo de una terapia para reducir del ácido úrico al mismo tiempo que el medicamento solicitado. Para pericarditis recurrente: el paciente debe haber tenido una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un AINE y colchicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ARIKAYCE - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ARIKAYCE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ARMODAFINIL - REVISIÓN PENDIENTE DE CMS
Nombres de Medicamentos	ARMODAFINILO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la somnolencia excesiva asociada con la narcolepsia: El diagnóstico ha sido confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada con la apnea obstructiva del sueño (AOS): El diagnóstico ha sido confirmado mediante polisomnografía.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AUGTYRO - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	AUGTYRO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AUSTEDO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	AUSTEDO, AUSTEDO XR, AUSTEDO XR PATIENT TITRAT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Síndrome de Tourette
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AUVELITY - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	AUVELITY
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el trastorno depresivo mayor (TDM): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a DOS de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AYVAKIT - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	AYVAKIT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, tumor del estroma gastrointestinal (GIST) para enfermedad residual, irresecable, con ruptura tumoral o recurrente/metastásica sin mutación del exón 18 del receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas alfa (PDGFRA).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para las neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, el paciente cumple con todos los criterios siguientes: 1) La enfermedad es positiva para el reordenamiento FIP1L1-PDGFRA, Y 2) La enfermedad alberga una mutación PDGFRA D842V, Y 3) La enfermedad es resistente al imatinib. Para GIST, el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) La enfermedad alberga una mutación en el exón 18 de PDGFRA, incluida una mutación D842V de PDGFRA, O 2) El medicamento solicitado se utilizará después del fracaso de al menos dos terapias aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) en enfermedad residual, irresecable, con ruptura tumoral o recurrente/metastásica sin mutación en el exón 18 de PDGFRA. Para la mastocitosis sistémica: 1) El paciente tiene un diagnóstico de mastocitosis sistémica indolente o mastocitosis sistémica avanzada (que incluye mastocitosis sistémica agresiva [ASM], mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada [SM-AHN] y leucemia mastocítica [MCL]) Y 2) El paciente tiene un recuento de plaquetas mayor o igual a 50 000/microlitro (mcL).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa
Nombres de Medicamentos

B VS. D.
ABELCET, ACETILCISTEÍNA, ACICLOVIR SÓDICO, SULFATO DE ALBUTEROL, ANFOTERICINA B, LIPOSOMA DE ANFOTERICINA B, APREPITANT, ASTAGRAF XL, AZACITIDINA, AZATIOPRINA, CLORHIDRATO DE BENDAMUSTINA, BENDEKA, BUDESONIDA, CALCITONINA DE SALMÓN, CALCITRIOL, CARBOPLATINO, CLORHIDRATO DE CINACALCET, CISPLATINO, CLINIMIX 4,25 %/DEXTROSA 1, CLINIMIX 4,25 %/DEXTROSA 5, CLINIMIX 5 %/DEXTROSA 15 %, CLINIMIX 5 %/DEXTROSA 20 %, CLINIMIX 6/5, CLINIMIX 8/10, CLINIMIX 8/14, CLINISOL SF 15%, CLINOLIPID, CROMOLINA SÓDICA, CICLOFOSFAMIDA, CICLOFOSFAMIDA MONOHIDRATADA, CICLOSPORINA, CICLOSPORINA MODIFICADA, CITARABINA ACUOSA, DEXTROSA 50%, DEXTROSA 70%, TOXOIDE DIFTÉRICO/TETÁNICO, DOCETAXEL, DOXORUBICINA HCL, CLORHIDRATO DE DOXORUBICINA, DRONABINOL, ENGERIX-B, ETOPÓSIDO, EVEROLIMUS, FIASP PUMPCART, FLUOROURACILO, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINA HCL, CLORHIDRATO DE GEMCITABINA, GENGRAF, CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN, HEPARINA SÓDICA, HEPLISAV-B, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, IBANDRONATO DE SODIO, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), INTRALIPID, BROMURO DE IPRATROPIO, BROMURO DE IPRATROPIO/ALBUT, IRINOTECAN, CLORHIDRATO DE IRINOTECAN, JYLAMVO, JYNNEOS, KADCYLA, LEUCOVORINA CÁLCICA, LEVALBUTEROL, HCL DE LEVALBUTEROL, CLORHIDRATO DE LEVALBUTEROL, LEVOCARNITINA, HCL DE LIDOCAÍNA, CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, LIDOCAÍNA/PRILOCAÍNA, METOTREXATO, METOTREXATO SÓDICO, METILPREDNISOLONA, ACETATO DE METILPREDNISOLONA, METILPREDNISOLONA SÓDICA, SULFATO DE MORFINA, MICOFENOLATO DE MOFETIL, DR. DE ÁCIDO MICOFENÓLICO, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRÓN HCL, ONDANSETRÓN CLORHIDRATO, ONDANSETRÓN ODT, OXALIPLATINO, PACLITAXEL, PAMIDRONATO DISÓDICO, PARICALCITOL, PEMETREXED, ISETIONATO DE PENTAMIDINA, PLENAMINA, PREDNISOLONA, FÓSFORO SÓDICO DE PREDNISOLONA, PREDNISONA, PREDNISONA INTENSOL, PREHEVBRIO, PREMASOL, PROGRAF, PROSOL, RABAVERT, RECOMBIVAX HB, SIROLIMUS, TACROLIMUS, TDVAX, TENIVAC, ELECTROLITOS TPN, TRAVASOL, TROFAMINA, SULFATO DE VINCRISTINA, TARTRATO DE VINOELBINA, XATMEP, ÁCIDO ZOLEDRÓNICO

Indicador de indicación de AP

Usos no autorizados

Criterio de exclusión

Información médica obligatoria

Restricciones de edad

Restricciones del médico

Duración de la cobertura

Otros criterios

Todas las indicaciones médicamente aceptadas

-

-

-

-

-

N/D

Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias: es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y la configuración del medicamento para tomar la determinación.

Grupo de autorización previa	BAFIERTAM - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BAFIERTAM
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BALVERSA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BALVERSA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el carcinoma urotelial: 1) la enfermedad tiene alteraciones genéticas susceptibles del receptor 3 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR3), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior para cualquiera de los siguientes: a) carcinoma urotelial localmente avanzado, recurrente o metastásico, O b) carcinoma urotelial de vejiga en estadio II-IV, recurrente o persistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BANZEL - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	RUFINAMIDA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BENLYSTA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BENLYSTA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Para pacientes nuevos en la terapia: lupus activo grave del sistema nervioso central.
Información médica obligatoria	Para el lupus eritematoso sistémico (LES): 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen de terapia estándar estable para LES (por ejemplo, corticosteroides, antipalúdicos o AINE), O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación al régimen de terapia estándar para LES. Para la nefritis lúpica: 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen de terapia estándar estable para la nefritis lúpica (por ejemplo, corticosteroides, ciclofosfamida, micofenolato de mofetilo o azatioprina) O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación al régimen de terapia estándar para la nefritis lúpica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BERINERT - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	BERINERT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de ataques agudos de angioedema debidos a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio O 2) el paciente tiene AEH con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y cualquiera de los siguientes: a) el paciente dio positivo para un F12 , angiopoyetina-1, plasminógeno, quinínógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (MYOF) O b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema era refractario a un ensayo de terapia con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un inmunólogo, alergólogo o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BESREMI - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	BESREMI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BETASERON - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BETASERON
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BEXAROTENE - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BEXAROTENO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma anaplásico cutáneo primario de células grandes (ALCL) CD30 positivo, papulosis linfomatoide (LyP) CD30 positivo
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BOSENTAN - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BOSENTÁN
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es mayor a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar en cuña previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) si la solicitud es para un paciente adulto, el paciente cumple con ambos de los siguientes requisitos: a) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood, y b) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación para ambrisentan (Letairis).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BOSULIF - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BOSULIF
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia linfoblástica aguda de células B con cromosoma Filadelfia positivo (LLA-B Ph+), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o fase blástica.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide crónica (LMC), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de leucemia mieloide crónica (LMC) y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) Si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor de la tirosina cinasa alternativo, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L, Y 3) El paciente ha experimentado resistencia o intolerancia a imatinib, dasatinib o nilotinib. Para LLA-B, incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) Si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor de la tirosina cinasa alternativo, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRAFTOVI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BRAFTOVI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Terapia sistémica adyuvante para el melanoma cutáneo, el adenocarcinoma apendicular y el CPCNP recurrente
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) terapia posterior para enfermedad avanzada o metastásica, b) tratamiento primario para metástasis metacrónicas irresecables. Para melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con binimetinib, Y 3) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) La enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, Y 3) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con binimetinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BRIVIACT - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	BRIVIACT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes: Aptiom (si tiene 4 años o más), Xcopri (si tiene 18 años o más), Spritam (si tiene 4 años o más).
Restricciones de edad	1 mes de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRONQUITOL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BRONCHITOL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BRUKINSA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BRUKINSA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el linfoma de células del manto y la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (LLC/LLP): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Calquence (acalabrutinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CÁPSULA DE BUDESONIDA: PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BUDESONIDA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Inducción y mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica en adultos, hepatitis autoinmune
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica: el paciente ha tenido una recurrencia de los síntomas después de la interrupción de la terapia de inducción.
Restricciones de edad	Enfermedad de Crohn, tratamiento: 8 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Hepatitis autoinmune, Colitis microscópica, mantenimiento: 12 meses, todas las demás indicaciones: A los 3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CABOMETYX - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CABOMETYX
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas, sarcoma de Ewing, osteosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma de endometrio
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el carcinoma de células renales: La enfermedad está avanzada, en recaída o en etapa IV (incluidas metástasis cerebrales). Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) la enfermedad se reordena durante la transfección (RET) positiva Y 2) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: el fármaco solicitado se utilizará como terapia posterior. Para tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) la enfermedad es residual, irsecable, recurrente o metastásica/ruptura tumoral, Y 2) la enfermedad ha progresado después de al menos dos terapias aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para sarcoma de Ewing y osteosarcoma: se utilizará el medicamento solicitado como terapia posterior. Para el cáncer de tiroides diferenciado (CDT) (folicular, papilar, oncocítico): 1) La enfermedad es localmente avanzada o metastásica, 2) la enfermedad ha progresado después de una terapia dirigida al receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR), Y 3) el paciente es refractario a la terapia con yodo radiactivo (RAI) o no es elegible para la RAI. Para el carcinoma de endometrio: Para el carcinoma endometrial: 1) la enfermedad es recurrente, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CALCIPOTRIENE - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CALCIPOTRIENE, CALCITRENE, ENSTILAR
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la psoriasis: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un esteroide tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CALQUENCE - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CALQUENCE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Macroglobulinemia de Waldenström (linfoma linfoplasmocítico), linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, linfoma extraganglionar de la zona marginal de sitios no gástricos, linfoma ganglionar de la zona marginal, linfoma esplénico de la zona marginal)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma de la zona marginal extranodal del estómago, el linfoma de la zona marginal extranodal de sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal nodal y el linfoma de la zona marginal esplénico): el medicamento solicitado se está utilizando para el tratamiento de la enfermedad recidivante, refractaria o progresiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CAPRELSA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CAPRELSA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Carcinomas de tiroides (folicular, oncocítico, papilar).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CARBAGLU - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ÁCIDO CARGLÚMICO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS): El diagnóstico de deficiencia de NAGS se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CAYSTON - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CAYSTON
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de los síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) Pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) El paciente tiene antecedentes de infección o colonización de las vías respiratorias por Pseudomonas aeruginosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CERDELGA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CERDELGA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1 (GD1): 1) El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas, y 2) El estado del metabolizador CYP2D6 del paciente se estableció mediante una prueba aprobada por la FDA, y 3) El paciente es un metabolizador extenso del CYP2D6. un metabolizador intermedio o un metabolizador lento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CEREZYME - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CEREZYME
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas Enfermedad de Gaucher tipo 2, Enfermedad de Gaucher tipo 3.
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la enfermedad de Gaucher: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CLOBAZAM - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CLOBAZAM
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Convulsiones asociadas al síndrome de Dravet
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): 2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CLOMIPRAMINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CLOMIPRAMINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Depresión, trastorno de pánico
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de pánico: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). Para la depresión: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a dos de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CLORAZEPATO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para todas las indicaciones: El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: El uso de esta medicación es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo control cuidadoso). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se está usando simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) hasta que el ISRS/IRSN sea efectivo para los síntomas de ansiedad, O 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Alivio de la ansiedad a corto plazo: 1 mes, trastornos de ansiedad: 4 meses, todos los demás diagnósticos: año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Grupo de autorización previa	CLOZAPINA ODT - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CLOZAPINA ODT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COMETRIQ - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	COMETRIQ
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), carcinomas de tiroides (folicular, oncocítico, papilar).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): La enfermedad es positiva para los reordenamientos (RET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	COPIKTRA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	COPIKTRA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios, linfoma periférico de células T
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios y linfoma periférico de células T: el paciente tiene una enfermedad recidivante o refractaria. Para linfoma hepatoesplénico de células T: el paciente tiene enfermedad refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COSENTYX - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	COSENTYX, COSENTYX SENSOREADY PEN, COSENTYX UNOREADY
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (ASC) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab). Para espondilitis anquilosante activa (solo para nuevos pacientes): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para espondiloartritis axial activa no radiográfica (solo nuevos inicios): el paciente cumple cualquiera de los siguientes: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación a los AINE. Para un adulto con artritis psoriásica activa (PsA) (solo nuevos inicios): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para hidradenitis supurativa de moderada a grave (solo para nuevos comienzos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COTELLIC - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	COTELLIC
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, glioblastoma), terapia sistémica adyuvante para el melanoma cutáneo.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, glioblastoma): 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600E, Y 2) El medicamento solicitado se usará junto con vemurafenib. Para melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará junto con vemurafenib, Y 3) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CYSTADROPS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CYSTADROPS
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la cistinosis: 1) El diagnóstico fue confirmado mediante CUALQUIERA de los siguientes: a) la presencia de un aumento de la concentración de cistina en los leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) demostración de cristales de cistina en la córnea mediante un examen con lámpara de hendidura, Y 2) el paciente presenta acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CYSTAGON - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CYSTAGON
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la cistinosis nefropática: El diagnóstico fue confirmado mediante CUALQUIERA de los siguientes: 1) la presencia de una mayor concentración de cistina en los leucocitos, O 2) pruebas genéticas, O 3) demostración de cristales de cistina corneales mediante un examen con lámpara de hendidura.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CYSTARAN - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CYSTARAN
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la cistinosis: 1) El diagnóstico fue confirmado mediante CUALQUIERA de los siguientes: a) la presencia de un aumento de la concentración de cistina en los leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) demostración de cristales de cistina en la córnea mediante un examen con lámpara de hendidura, Y 2) el paciente presenta acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DALFAMPRIDINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	DALFAMPRIDINA ER
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	En el caso de la esclerosis múltiple, el paciente debe cumplir con lo siguiente (para nuevos comienzos): antes de iniciar la terapia, el paciente debe demostrar un deterioro sostenido de la marcha. Para la esclerosis múltiple (continuación): el paciente debe haber experimentado una mejora en la velocidad de la marcha U otra medida objetiva de la capacidad para caminar desde que comenzó a tomar el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DARAPRIM - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PIRIMETAMINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Profilaxis de la toxoplasmosis, profilaxis de la neumonía por Pneumocystis jirovecii, tratamiento de la cistosisporiasis y profilaxis secundaria.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la profilaxis primaria de la toxoplasmosis y la profilaxis de la neumonía por Pneumocystis jirovecii (PCP): 1) El paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación al trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) Y 2) El paciente ha tenido un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 3 meses. Para la profilaxis de la toxoplasmosis secundaria: El paciente ha tenido un recuento de células CD4 inferior a 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses. Para el tratamiento de la cistosisporiasis: El paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación al TMP-SMX. Para la profilaxis de la cistosisporiasis secundaria: 1) El paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación a TMP-SMX Y 2) El paciente ha tenido un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Toxo tx congénito: Año del plan Acqu toxo tx, primi toxo ppx, PCP ppx: 3 meses Sec toxo ppx, cisto tx/ppx: 6 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DAURISMO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	DAURISMO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Terapia de postinducción/consolidación tras la respuesta a una terapia previa con el mismo régimen para leucemia mieloide aguda (LMA), LMA recidivante/refractaria como componente de la repetición del régimen de inducción inicial exitoso
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide aguda (LMA): 1) el medicamento solicitado debe usarse en combinación con citarabina, 2) el paciente tiene 75 años o más O tiene comorbilidades que impiden la quimioterapia intensiva, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento para terapia de inducción, terapia de post-inducción/consolidación o enfermedad recidivante o refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DEFERASIROX - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	DEFERASIROX
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre: el nivel de ferritina sérica previo al tratamiento es superior a 1000 mcg/L.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DEMSER - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	METIROSINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un antagonista alfa-adrenérgico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DEXMETILFENIDATO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	DEXMETILFENIDATO HCL, DEXMETILFENIDATO HIDROC
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Fatiga relacionada con el cáncer
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	1) El paciente tiene un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o Trastorno por Déficit de Atención (TDA) O 2) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de que se hayan descartado otras causas de fatiga.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DHE NASAL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	DIHIDROERGOTAMINA MESILATO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Se negará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, eritromicina, claritromicina).
Información médica obligatoria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor triptán 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DIACOMIT - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	DIACOMITA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	6 meses de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DIAZEPAM - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para todas las indicaciones: El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: El uso de esta medicación es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo control cuidadoso). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se está usando simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) hasta que el ISRS/IRSN sea efectivo para los síntomas de ansiedad, O 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad-1 mes, espasmo del músculo esquelético-3 meses, Trastornos de ansiedad-4 meses, Otros diagnósticos- año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. Se aplica a más de 5 días acumulativos de terapia por año.

Grupo de autorización previa	DOPTELET - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	DOPTELETO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para trombocitopenia en pacientes con enfermedad hepática crónica: El recuento de plaquetas no transfundidas antes de un procedimiento programado es inferior a 50 000/mcL. Para la trombocitopenia inmunitaria crónica (PTI) (nuevos inicios): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o es intolerante a una terapia previa, como corticosteroides o inmunoglobulinas, Y 2) El recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio de la medicación solicitada es inferior a 30 000/mcL O 30 000 a 50 000/mcL con sangrado sintomático o factor(es) de riesgo de sangrado (por ejemplo, someterse a un procedimiento médico o dental en el que se anticipa pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad de úlcera péptica e hipertensión, terapia de anticoagulación, profesión o estilo de vida que predispone al paciente a sufrir un trauma). Para PTI (continuación): respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) El recuento de plaquetas actual es menor o igual a 200 000/mcL, O 2) El recuento de plaquetas actual es mayor a 200 000/mcL y menor o igual a 400 000/mcL y la dosis se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar un sangrado clínicamente importante.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Enfermedad crónica del hígado: 1 mes, ITP inicial: 6 meses, continuación del PTI: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DRIZALMA - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	DRIZALMA SPRINKLE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Dolor por cáncer, dolor neuropático inducido por quimioterapia
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetina O 2) El paciente no puede tomar cápsulas de duloxetina por algún motivo (por ejemplo, dificultad para tragar cápsulas, requiere administración nasogástrica).
Restricciones de edad	Trastorno de ansiedad generalizada: 7 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DUPIXENT - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	DUPIXENT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la dermatitis atópica (AD), terapia inicial: 1) El paciente tiene una enfermedad de moderada a grave, Y 2) El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico o un inhibidor de la calcineurina tópico, O los corticosteroides tópicos y los inhibidores de la calcineurina tópicos no son recomendables para el paciente. Para la AD, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el asma dependiente de corticosteroides orales, terapia inicial: El paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: 1) Corticosteroide inhalado en dosis altas Y 2) Controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma de moderada a grave, tratamiento inicial: El paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro y su asma permanece inadecuadamente controlada a pesar del tratamiento actual con los siguientes medicamentos: 1) Corticosteroide inhalado en dosis medias a altas Y 2) Controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas y exacerbaciones o una reducción de la dosis diaria de mantenimiento de corticoides orales. Para la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (CRSwNP): 1) El medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario, Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con Xhance (fluticasona).
Restricciones de edad	Dermatitis atópica: 6 meses de edad o más, Asma: 6 años de edad o más, rinosinusitis crónica con poliposis nasal y prurigo nodularis: 18 años de edad o más, esofagitis eosinofílica: 1 año de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Dermatitis atópica (AD), inicial: 4 meses, prurigo nodular (PN), inicial: 6 meses, todos los demás: Año del plan
Otros criterios	Para la esofagitis eosinofílica (EoE), terapia inicial: 1) El diagnóstico ha sido confirmado mediante biopsia esofágica caracterizada por eosinófilos esofágicos intraepiteliales mayores o iguales a 15 por campo de alto aumento, Y 2) El paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, disfagia), Y 3) El paciente pesa al menos 15 kilogramos, Y 4) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un

corticosteroide tópico. Para la EoE, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el prurigo nodular (PN), tratamiento inicial: El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico O los corticosteroides tópicos no son recomendables para el paciente. Para PN, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.

Grupo de autorización previa	ELIGARD - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ELIGARD
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tumores recurrentes de glándulas salivales positivos para receptores de andrógenos
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	EMGALITY - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	EMGALITY
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que le impediría una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos. Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción en los días de migraña por mes desde el inicio. Para la cefalea en racimos episódica, inicio: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un triptano agonista del receptor 5-HT1. Para la cefalea en racimos episódica, continuación: El paciente recibió el fármaco solicitado durante al menos 3 semanas de tratamiento y tuvo una reducción en la frecuencia de los ataques de cefalea en racimos semanales desde el inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 3 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EMSAM - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	EMSAM
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el trastorno depresivo mayor (TDM): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a DOS de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) O 2) El paciente no puede tragar formulaciones orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ENDARI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	L-GLUTAMINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	5 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EPCLUSA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	EPCLUSA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el virus de la hepatitis C (VHC): Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en el suero antes de iniciar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a resistencia cuando corresponda, estado del trasplante si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Association for the Study of Liver Diseases y Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA) (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la guía actual de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	EPIDIOLEX - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	EPIDIOLEX
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EPRONTIA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	EPRONTIA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes: Aptiom (si tiene 4 años o más), Xcopri (si tiene 18 años o más), Spritam (si tiene 4 años o más). Para el tratamiento en monoterapia de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de liberación inmediata de topiramato, O 2) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (por ejemplo, comprimidos, cápsulas). Para el tratamiento complementario de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un anticonvulsivo genérico Y 2) Si el paciente tiene 6 años de edad o más, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Spritam. Para el tratamiento preventivo de las migrañas: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de liberación inmediata de topiramato, O 2) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (por ejemplo, comprimidos, cápsulas). Epilepsia: 2 años de edad o más, migraña: 12 años de edad o más
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ERGOTAMINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TARTRATO DE ERGOTAMINA/CAFEÍNA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Se negará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, eritromicina, claritromicina).
Información médica obligatoria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista de triptán 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERIVEDGE - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ERIVEDGE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Meduloblastoma en adultos
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para meduloblastoma en adultos: el paciente ha recibido terapia sistémica previa Y tiene tumores con mutaciones en la vía Sonic Hedgehog.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ERLEADA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ERLEADA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El medicamento solicitado se utilizará junto con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ERLOTINIB - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CLORHIDRATO DE ERLLOTINIB
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente, cordoma recurrente, carcinoma de células renales (CCR) en recaída o en estadio IV, metástasis cerebrales de cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), cáncer de páncreas recurrente.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) (incluidas las metástasis cerebrales del CPCNP): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante. Para el cáncer de páncreas: la enfermedad es localmente avanzada, irreseccable, recurrente o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ESBRIET - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PIRFENIDONA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para fibrosis pulmonar idiopática (solo nuevos comienzos): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) del tórax o una biopsia de pulmón revela el patrón de neumonía intersticial usual (NIU), O 2) un estudio de TCAR del tórax revela un resultado distinto al patrón de NIU (p. ej., NIU probable , indeterminado para NIU) y el diagnóstico está respaldado por una biopsia de pulmón o por una discusión multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se ha realizado una biopsia de pulmón.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ETANERCEPT - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Hidradenitis supurativa, espondiloartritis axial no radiográfica
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo o un FAME sintético dirigido . Para espondilitis anquilosante activa y espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos inicios): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con AINE . Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguiente: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o áreas cruciales del cuerpo [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas) . Para hidradenitis supurativa (solo nuevos comienzos): el paciente tiene una enfermedad grave y refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EVEROLIMUS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	EVEROLÍMUS, TORPENZ
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas tímicos, linfoma linfoplasmocítico/macroglobulinemia de Waldenström previamente tratado, sarcoma de tejidos blandos (tumores de células epiteloides perivasculares (PEComa) y subtipos linfangioleiomiomatosis), tumores del estroma gastrointestinal, tumores neuroendocrinos del timo, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados, carcinoma de tiroides (papilar, oncocítico y folicular), carcinoma endometrial, sarcoma uterino, neoplasias histiocíticas (enfermedad de Rosai-Dorfman, enfermedad de Erdheim-Chester, histiocitosis de células de Langerhans), meningiomas.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es recurrente, irreseccable, avanzada o metastásica con receptor hormonal (HR) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, Y 2) El medicamento solicitado se prescribe junto con exemestano, fulvestrant o tamoxifeno. Y 3) El medicamento solicitado se utiliza para tratamiento posterior. Para el carcinoma de células renales: La enfermedad es recurrente, avanzada o en estadio IV. Para el astrocitoma subependimario de células gigantes (ASCG): El medicamento solicitado se administra como tratamiento adyuvante. Para tumores del estroma gastrointestinal: 1) La enfermedad es residual, recurrente, irreseccable o metastásica/ruptura tumoral, Y 2) La enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos terapias aprobadas por la FDA (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para la enfermedad de Erdheim-Chester (ECD), la enfermedad de Rosai-Dorfman y la histiocitosis de células de Langerhans (LCH): el paciente debe tener una mutación de la subunidad catalítica alfa de la fosfatidilinositol-4,5-bisfosfato 3-quinasa (PIK3CA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FABRAZYME - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FABRAZYME
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la enfermedad de Fabry, el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: 1) el diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas, O 2) el paciente es un portador obligado sintomático.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FANAPT - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	FANAPT, PAQUETE DE TITRACIÓN FANAPT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona, Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia , o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FASENRA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FASENRA, PLUMA FASENRA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para asma grave, tratamiento inicial: 1) Ya sea a) El paciente tiene un recuento basal de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro O b) El paciente depende de corticosteroides sistémicos, y 2) El paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos siguientes medicamentos: a) corticosteroide inhalado en dosis media a alta y b) controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas y exacerbaciones o una reducción de la dosis diaria de mantenimiento de corticoides orales.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PARCHE DE FENTANILO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FENTANILO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia de células falciformes, una afección terminal o el dolor que se controla mediante cuidados paliativos O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El medicamento solicitado se prescribe para un dolor lo suficientemente severo y persistente como para requerir un período de tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) El paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada según su historial de uso de opioides [Nota: Este medicamento debe ser recetado únicamente por profesionales de la salud que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico.] Y 3) El paciente ha sido evaluado y será monitoreado para detectar el desarrollo de un trastorno por consumo de opioides Y 4) Esta solicitud es para la continuación de la terapia de un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FETZIMA - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	FETZIMA, PAQUETE DE TITRACIÓN FETZIMA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el trastorno depresivo mayor (TDM): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a DOS de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FINTEPLA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FINTEPLA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FIRMAGON - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	FIRMAGON
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FLUCITOSINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FLUCITOSINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	6 semanas
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FOTIVDA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FOTIVDA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el carcinoma de células renales: 1) La enfermedad está avanzada, en recaída, refractaria o en estadio IV, Y 2) El paciente ha recibido dos o más terapias sistémicas previas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FRUZAQLA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FRUZAQLA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FULPHILA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FULPHILA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Si recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: el paciente debe cumplir los dos requisitos siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide, y 2) El paciente está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia anticancerígena mielosupresora.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FYCOMPA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FYCOMPA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un anticonvulsivo genérico Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri, Spritam. Para el tratamiento complementario de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un anticonvulsivo genérico Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Spritam.
Restricciones de edad	Convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 4 años de edad o más. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GATTEX - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	GATTEX
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la terapia inicial del síndrome del intestino corto (SIC): 1) para un paciente adulto, el paciente es dependiente del apoyo parenteral durante al menos 12 meses O 2) para un paciente pediátrico, el paciente es dependiente del apoyo parenteral. Para la continuación del SBS: el requerimiento de apoyo parenteral ha disminuido desde el inicio mientras se recibe terapia con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, cirujano gastrointestinal o especialista en apoyo nutricional.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GAVRETO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	GAVRETO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas con reordenamiento recurrente durante la transfección (RET), carcinoma medular con mutación RET positiva
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, y 2) El tumor se reordena durante la transfección (RET) con fusión positiva o reordenamiento de RET positivo.
Restricciones de edad	Cáncer de pulmón de células no pequeñas: 18 años o más, Cáncer de tiroides: 12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GILENYA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CLORHIDRATO DE FINGOLIMOD
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GILOTRIF - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	GILOTRIF
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el caso del cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), el paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) tiene una enfermedad con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante Y a) ha experimentado un evento adverso intolerable o una contraindicación para erlotinib, gefitinib u osimertinib, O 2) tiene CPNM escamoso metastásico que progresó después de una quimioterapia basada en platino.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GLATIRAMER - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	COPAXONE, ACETATO DE GLATIRAMERO, GLATOPA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HORMONA DEL CRECIMIENTO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	GENOTROPIN, GENOTROPIN MINIQUICK
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas.
Información médica obligatoria	Deficiencia pediátrica de la hormona del crecimiento (DHC): El paciente (pt) es un recién nacido o se le diagnosticó DHC cuando era un recién nacido O cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) menor de 2.5 años (yo) con altura (ht) previa al tratamiento (pre-tx) más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media y velocidad de crecimiento lenta O 2) 2.5 años o más Y uno de los siguientes: a) velocidad de crecimiento de 1 año antes del tratamiento más de 2 SD por debajo de la media O b) altura de crecimiento de 1 año antes del tratamiento más de 2 SD por debajo de la media y velocidad de crecimiento de 1 año más de 1 SD por debajo de la media, Y el paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) no pasó 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (HC) previas al tratamiento (pico inferior a 10 ng/mL), O 2) trastorno pituitario/del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales adquiridas, anomalías estructurales congénitas) y factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) pre-tratamiento más de 2 SD por debajo de la media. Síndrome de Turner (ST): 1) Confirmado mediante cariotipo Y 2) la altura previa al tratamiento es inferior al percentil 5 para la edad. Pequeño para la edad gestacional (PEG): 1) Peso al nacer (peso) inferior a 2500 g en edad gestacional (EG) mayor de 37 semanas, O peso al nacer o longitud por debajo del percentil 3 para EG o al menos 2 SD por debajo de la media para EG, Y 2) no manifestó recuperación de crecimiento a los 2 años. SGA: 2 años de edad o más
Restricciones de edad	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo, nefrólogo, especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo/especialista en apoyo nutricional o genetista.
Restricciones del médico	Año del plan
Duración de la cobertura	DHC para adultos: Pt cumple cualquiera de los siguientes: 1) 2 pruebas de estimulación con GH previas al tratamiento fallidas, O 2) IGF-1 previa al tratamiento más de 2 DE por debajo de la media Y 1 prueba de estimulación con GH previa al tratamiento fallida, O 3) enfermedad hipotálamo-hipofisaria orgánica (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más deficiencias de la hormona hipofisaria Y IGF-1 previa al tratamiento más de 2 DE por debajo de la media, O 4) defectos hipotálamo-hipofisarios genéticos o estructurales, O 5) Defecto de hormona de crecimiento de inicio en la infancia con anomalía congénita (genética o estructural) del hipotálamo/hipófisis/SNC. Para GHD pediátrico, TS, SGA y GHD adulto, continuación de la terapia: El paciente está experimentando mejoría.
Otros criterios	

Grupo de autorización previa	HAEGARDA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	HAEGARDA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la profilaxis de ataques de angioedema debidos a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio O 2) el paciente tiene AEH con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y cualquiera de los siguientes: a) el paciente dio positivo para un F12 , angiopoyetina-1, plasminógeno, quininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (MYOF) O b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema era refractario a un ensayo de terapia con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un inmunólogo, alergólogo o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	HARVONI - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	HARVONI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el virus de la hepatitis C (VHC): Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en el suero antes de iniciar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a resistencia cuando corresponda, estado del trasplante si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Association for the Study of Liver Diseases y Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA) (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicaron de manera consistente con la guía actual de AASLD-IDSA. Recordatorio para la opción de 8 semanas si corresponde.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa
Nombres de Medicamentos
Indicador de indicación de AP

HERCEPTIN - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
HERCEPTIN

Usos no autorizados

Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo, adenocarcinoma de la unión esofagogástrica y esofágica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y de tipo salvaje RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente HER2 positivo, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico HER2 positivo (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2 positiva, cáncer de endometrio.

Criterio de exclusión

Información médica obligatoria

-
Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con paclitaxel y continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.

Restricciones de edad

Restricciones del médico

Duración de la cobertura

Otros criterios

-
-
Año del plan

Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	HERCEPTIN HYLECTA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	HERCEPTIN HYLECTA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 irreseccable recurrente o avanzado.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	HERZUMA - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	HERZUMA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo, adenocarcinoma de la unión esofagogástrica y esofágica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y de tipo salvaje RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente HER2 positivo, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico HER2 positivo (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2 positiva, cáncer de endometrio.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con paclitaxel y continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	HETLIOZ - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TASIMELTEON
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el trastorno de sueño-vigilia distinto de las 24 horas: 1) Para la terapia inicial y la continuación de la terapia, el paciente debe cumplir con ambos de los siguientes: a) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (p. ej., retinas que no funcionan) y b) incapaz de percibir la luz en ninguno de los ojos, Y 2) si actualmente está en tratamiento terapia con el medicamento solicitado, el paciente debe cumplir al menos uno de los siguientes: a) aumento del sueño nocturno total o b) disminución de la duración de la siesta diurna. Para los trastornos del sueño nocturno en el síndrome de Smith-Magenis (SMS): 1) Para la terapia inicial y la terapia de continuación, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS, Y 2) Si actualmente está en terapia con el medicamento solicitado, el paciente experimentó una mejora en la calidad del sueño desde que comenzó la terapia.
Restricciones de edad	distinto de las 24 horas: 18 años o más, SMS: 16 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un especialista en trastornos del sueño, un neurólogo o un psiquiatra.
Duración de la cobertura	Iniciación: 6 meses, renovación: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ANTICONVULSIVOS-HRM - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FENOBARBITAL, FENOBARBITAL SÓDICO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Epilepsia
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo control cuidadoso).

Grupo de autorización previa	HRM-ANTIPARKINSON - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	MESILATO DE BENZTROPINA, TRIHEXIFENIDILO HCL, TRIHEXIFENIDILO HIDROCLORO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. EPS (síntomas extrapiramidales): 1) El paciente no ha probado el medicamento alternativo no HRM amantadina Y 2) El paciente tiene una contraindicación para el medicamento alternativo no HRM amantadina O 3) El paciente ha probado el medicamento alternativo no HRM amantadina Y 4) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo no HRM amantadina. Parkinson: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo control cuidadoso).

Grupo de autorización previa	HRM-CIPROHEPTADINA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CIPROHEPTADINA HCL, CIPROHEPTADINA HIDROCLORO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Prurito, espasticidad debido a lesión de la médula espinal.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. Para la rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o bajo control cuidadoso). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia por año.
Grupo de autorización previa	HRM-DIPIRIDAMOL - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	DIPIRIDAMOL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o bajo control cuidadoso).

Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINA ER - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CLORHIDRATO DE GUANFACINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o bajo control cuidadoso).
Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE IR - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CLORHIDRATO DE GUANFACINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o bajo control cuidadoso).

Grupo de autorización previa	HRM-HIDROXIZINA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	HIDROXIZINA HCL, CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA, EMBONATO DE HIDROXIZINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada O 3) El paciente no ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada Y 4) El paciente tiene ansiedad aguda. Para todas las indicaciones: 1) El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicyclomina, ciclobenzaprina) con el medicamento solicitado, el médico que prescribe ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo control cuidadoso). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia por año.

Grupo de autorización previa	HRM-HIDROXIZINA INYECCIÓN - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	HIDROXIZINA HCL, CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. Para el síndrome de abstinencia de alcohol: 1) El paciente no ha probado alguno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam Y 2) El paciente tiene una contraindicación para uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam O 3) El paciente ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam Y 4) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam. Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada O 3) El paciente no ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada Y 4) El paciente tiene ansiedad aguda.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo control cuidadoso).

Grupo de autorización previa	HRM-HYPNOTICS - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ESZOPICLONA, ZALEPLON, TARTRATO DE ZOLPIDEM
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el insomnio: 1) El paciente cumple con uno de los siguientes: a) el paciente tiene una contraindicación para el medicamento alternativo doxepina (3 mg o 6 mg) que no es HRM (medicamento que no es de alto riesgo) O b) El medicamento que no es HRM (que no es de alto riesgo) Se ha probado el medicamento alternativo doxepina (3 mg o 6 mg) Y el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo doxepina (3 mg o 6 mg) que no es HRM (medicamento que no es de alto riesgo) Y 2) El médico debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento prescrito supera los riesgos potenciales para este paciente Y 3) Si el paciente está usando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam , escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el médico que prescribe ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos para el sistema nervioso central (SNC) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o bajo control cuidadoso). Se aplica a más de 90 días acumulativos de terapia por año.

Grupo de autorización previa	HRM-PROMETAZINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PROMETAZINA HCL, CLORHIDRATO DE PROMETAZINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. Para la rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo control cuidadoso). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia por año.
Grupo de autorización previa	HRM-SCOPOLAMINA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ESCOPOLAMINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Salivación excesiva
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo control cuidadoso). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia por año.

Grupo de autorización previa	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO Y HRM - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CARISOPRODOL, CICLOBENZAPRINA HIDROCLO, METOCARBAMOL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	1) El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicyclomina, hidroxicina) con el medicamento solicitado, el médico que prescribe ha determinado que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo control cuidadoso). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia por año.

Grupo de autorización previa	HUMIRA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	HUMIRA, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S, HUMIRA PEN-PS/UV STARTER
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo o un FAME sintético dirigido . Para espondilitis anquilosante activa y espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos inicios): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con AINE . Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguiente: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o áreas cruciales del cuerpo [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas) .
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para panuveítis intermedia, posterior y no infecciosa (solo nuevos comienzos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticosteroide O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con corticosteroides.

Grupo de autorización previa	IBRANCE - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	IBRANCE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Liposarcoma irreseccable bien diferenciado/desdiferenciado del retroperitoneo, cáncer de mama recurrente con receptor hormonal positivo y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad está avanzada, es recurrente o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad con receptor hormonal (HR) positivo y receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant, Y 4) el paciente ha experimentado un evento adverso intolerable a Kisqali (ribociclib) O Verzenio (abemaciclib) o tiene una contraindicación para Kisqali (ribociclib) Y Verzenio (abemaciclib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ICATIBANT - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ACETATO DE ICATIBANT, SAJAZIR
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de ataques agudos de angioedema debidos a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio O 2) el paciente tiene AEH con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y cualquiera de los siguientes: a) el paciente dio positivo para un F12 , angiopoyetina-1, plasminógeno, quinínógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (MYOF) O b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema era refractario a un ensayo de terapia con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un inmunólogo, alergólogo o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ICLUSIG - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	ICLUSIG
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de FGFR1 o ABL1 en fase crónica o fase blástica, Tumores del estroma gastrointestinal
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide crónica (LMC), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El paciente tiene LMC en fase acelerada o blástica y no está indicado ningún otro inhibidor de la quinasa, O 2) El paciente tiene LMC en fase crónica y ha experimentado resistencia o intolerancia a al menos 2 inhibidores de la quinasa previos Y al menos uno de ellos fue imatinib, dasatinib o nilotinib, O 3) El paciente es positivo para la mutación T315I. Para la leucemia linfoblástica aguda (LLA), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL. Para los tumores del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad cumple cualquiera de las siguientes condiciones: A) residual, B) irreseccable, C) recurrente, D) metastásico/ruptura tumoral, Y 2) La enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos terapias aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IDACIO - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	ADALIMUMAB-AACF (2 PLUMA), ADALIMUMAB-AACF (2 JERINGAS, IDACIO (2 PLUMA), IDACIO (2 JERINGAS), PAQUETE INICIAL DE IDACIO PARA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo o un FAME sintético dirigido . Para espondilitis anquilosante activa y espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos inicios): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con AINE . Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguiente: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o áreas cruciales del cuerpo [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas) .
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para panuveítis intermedia, posterior y no infecciosa (solo nuevos comienzos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticosteroide O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con corticosteroides.

Grupo de autorización previa	IDHIFA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	IDHIFA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia mieloide aguda recién diagnosticada
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide aguda (LMA) con una mutación de isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2): 1) el paciente tiene leucemia mieloide aguda recientemente diagnosticada y no es candidato para una terapia de inducción intensiva, O 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior a la inducción después de la respuesta a la terapia de inducción con el medicamento solicitado, O 3) el paciente tiene leucemia mieloide aguda recidivante o refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMATINIB - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	MESILATO DE IMATINIB
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tumores desmoides, sinovitis villonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinovial (PVNS/TGCT), cordoma recurrente, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi, enfermedad de injerto contra huésped crónica (cGVHD), leucemia linfoblástica aguda de células T con translocación de clase ABL, mastocitosis sistémica agresiva para mastocitosis sistémica bien diferenciada (WDSM) o cuando hay eosinofilia con el gen de fusión FIP1L1-PDGFRA, neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1, FIP1L1-PDGFRA o PDGFRB en la fase crónica o fase blástica.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide crónica (LMC) o la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (LLA Ph+), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL. Para LMC: El paciente no fracasó (excluyendo el fracaso debido a intolerancia) en el tratamiento previo con un inhibidor de la tirosina quinasa. Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable Y 2) La enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT Y 3) La medicación solicitada se utilizará como terapia posterior Y 4) El paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con la terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMBRUVICA - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	IMBRUVICA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia de células pilosas, linfoma linfoplasmocítico, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), linfoma difuso de células B grandes, trastornos linfoproliferativos postrasplante, linfoma de células B de alto grado, linfoma de células del manto, linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, linfoma extraganglionar de la zona marginal de sitios no gástricos, linfoma ganglionar de la zona marginal, linfoma esplénico de la zona marginal)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el linfoma de células del manto: 1) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior Y el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Calquence (acalabrutinib), O 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con rituximab como pretratamiento a la terapia de inducción con el régimen RHyperCVAD (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y dexametasona), O 3) el medicamento solicitado se utilizará como terapia de inducción agresiva. Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, linfoma extraganglionar de la zona marginal de sitios no gástricos, linfoma ganglionar de la zona marginal y linfoma esplénico de la zona marginal): el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para la leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se utilizará como agente único para la progresión de la enfermedad. Para el linfoma primario del SNC: 1) la enfermedad es recurrente o refractaria, O 2) el medicamento solicitado se usa para terapia de inducción como agente único. Para el linfoma difuso de células B grandes, el linfoma de células B de alto grado y el linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El medicamento solicitado se utilizará como agente único y como terapia de segunda línea o posterior para la enfermedad recidivante o refractaria. Para trastornos linfoproliferativos postrasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido quimioinmunoterapia previa. Para leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Calquence (acalabrutinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMPAVIDO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	IMPAVIDO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Embarazo. Síndrome de Sjogren-Larsson.
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	28 días
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INBRIJA - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	INBRIJA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento inicial de episodios "inactivos" en la enfermedad de Parkinson: 1) El paciente está siendo tratado actualmente con carbidopa/levodopa oral, 2) El paciente no tiene ninguno de los siguientes: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otra enfermedad pulmonar crónica subyacente. Para el tratamiento de continuación de episodios "inactivos" en la enfermedad de Parkinson: El paciente está experimentando una mejoría con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INCRELEX - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	INCRELEX
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas.
Información médica obligatoria	Para el retraso del crecimiento debido a una deficiencia grave del factor de crecimiento primario similar a la insulina 1 (IGF-1) o a la delección del gen de la hormona del crecimiento (HC) en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la HC, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos antes de comenzar la terapia con el medicamento solicitado (solo nuevos inicios): 1) altura 3 o más desviaciones estándar (SD) por debajo de la media para niños de la misma edad y sexo Y 2) nivel basal de IGF-1, 3 o más SD por debajo de la media para niños de la misma edad y sexo Y 3) prueba de estimulación de la hormona del crecimiento que muestra un nivel normal o elevado de la hormona del crecimiento. Para el retraso del crecimiento debido a una deficiencia primaria grave de IGF-1 o a una delección del gen de la HC en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la HC, continuación del tratamiento: el paciente está experimentando una mejoría.
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INLYTA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	INLYTA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Carcinoma de tiroides (papilar, oncocítico o folicular), sarcoma de partes blandas alveolares
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	En el caso del carcinoma de células renales, la enfermedad es avanzada, recidivante o en estado IV.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INQOVI - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	INQOVI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INREBIC - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	INREBIC
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la cinasa Janus 2 (JAK2), neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SUMINISTROS DE INSULINA: PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	-
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El producto solicitado se está utilizando con insulina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IR ANTES DE ER - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BITARTRATO DE HIDROCODONA ER, HCL DE METADONA, CLORHIDRATO DE METADONA I, SULFATO DE MORFINA ER
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia de células falciformes, una afección terminal o el dolor que se controla mediante cuidados paliativos O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El medicamento solicitado se prescribe para un dolor lo suficientemente severo y persistente como para requerir un período de tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) El paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada según su historial de uso de opioides [Nota: Este medicamento debe ser recetado únicamente por profesionales de la salud que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico.] Y 3) El paciente ha sido evaluado y será monitoreado para detectar el desarrollo de un trastorno por consumo de opioides Y 4) Esta solicitud es para la continuación de la terapia de un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IRESSA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	GEFITINIB
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (EGFR).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente debe tener una mutación sensibilizante del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ISOTRETINOÍNA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ACCUTANE, AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOÍNA, ZENATANE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Acné vulgar refractario, rosácea refractaria grave, neuroblastoma, linfoma cutáneo de células T (CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sézary), alto riesgo de desarrollar cáncer de piel (cánceres de células escamosas), dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover), queratosis folicular (Enfermedad de Darier), ictiosis laminar, pitiriasis rubra pilaris.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ITRACONAZOL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ITRACONAZOL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Coccidioidomicosis, profilaxis de coccidioidomicosis en la infección por VIH, criptococosis, microsporidiosis, talaromicosis (anteriormente penicilliosis), profilaxis de histoplasmosis en la infección por VIH, profilaxis de infecciones fúngicas invasivas en trasplante de hígado, enfermedad granulomatosa crónica (EGC) y neoplasias malignas hematológicas, esporotricosis, pitiriasis versicolor, tiña versicolor, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea capitis, Tinea manuum, Tinea pedis, tratamiento primario para la aspergilosis broncopulmonar alérgica, tratamiento primario para la aspergilosis pulmonar crónica cavitada o subaguda invasiva (necrotizante)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la onicomycosis provocada por dermatofitos (Tinea unguium), el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba de diagnóstico de hongos (p. ej., preparación de hidróxido de potasio [KOH], cultivo de hongos o biopsia de uñas). Para el tratamiento primario de la aspergilosis broncopulmonar alérgica, el fármaco solicitado se inicia en combinación con corticosteroides sistémicos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Histo diseminado/SNC, histo/CM/CGD ppx, PA crónica cavitada/necrotizante: 12 meses. Otros: 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TABLETA DE IVERMECTINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	IVERMECTINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Ascariasis, Larva migrans cutánea, Mansoneliasis, Sarna, Gnatostomiasis, Pediculosis
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El medicamento solicitado no se receta para la prevención o el tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IVIG - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ALYGLO, BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LÍQUIDO, GAMMAGARD S/D IGA MENOS DE TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia linfocítica crónica (LLC) de células B: 1) IgG sérica inferior a 500 mg/dL O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para trasplante de médula ósea/trasplante de células madre hematopoyéticas (BMT/HSCT): 1) Se solicita IVIG dentro de los primeros 100 días posteriores al trasplante O 2) IgG sérica inferior a 400 mg/dL. Para la infección pediátrica por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): 1) IgG sérica inferior a 400 mg/dL O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para dermatomiositis y polimiositis: 1) se ha probado al menos un tratamiento estándar de primera línea (corticosteroide o inmunosupresor) pero no tuvo éxito o no se toleró O 2) el paciente no puede recibir la terapia estándar debido a una contraindicación u otra razón clínica. Para la aplasia pura de glóbulos rojos (PRCA): La PRCA es secundaria a la infección por parvovirus B19.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	IWILFIN - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	IWILFIN
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	JAKAFI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	JAKAFI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Mielofibrosis de bajo riesgo, neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica, leucemia linfoblástica aguda (LLA), leucemia mielomonocítica crónica (LMMC)-2, síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (SMD/NMP) con neutrofilia, trombocitemia esencial, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2, leucemia prolinfocítica de células T
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la policitemia vera: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a la hidroxiurea y Besremi (ropeginterferón alfa-2b-njft), O 2) el paciente tiene una enfermedad de alto riesgo. Para la leucemia linfoblástica aguda: el paciente tiene una mutación del factor 2 similar al receptor de citoquinas (CRLF2) o una mutación asociada con la activación de la vía Janus cinasa/transductores de señal y activadores de la transcripción (JAK/STAT). Para CMML-2: el fármaco solicitado se utiliza en combinación con un agente hipometilante. Para el síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia: el medicamento solicitado se usa como agente único o junto con un agente hipometilante. Para trombocitemia esencial: el paciente tuvo una respuesta inadecuada o pérdida de respuesta a la hidroxiurea, la terapia con interferón o anagrelida. Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	JAYPIRCA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	JAYPIRCA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (LLC/LLP): El paciente cumple ambas de las siguientes opciones: 1) El paciente ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de la tirosina quinasa de Bruton (BTK), por ejemplo Calquence (acalabrutinib), Y 2) El paciente ha recibido tratamiento previo con un inhibidor del linfoma de células B 2 (BCL-2). Para el linfoma de células del manto: el paciente ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de BTK, por ejemplo Calquence (acalabrutinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KALYDECO - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	KALYDECO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la fibrosis quística (FQ): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KANJINTI - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	KANJINTI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo, adenocarcinoma de la unión esofagogástrica y esofágica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y de tipo salvaje RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente HER2 positivo, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico HER2 positivo (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2 positiva, cáncer de endometrio.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con paclitaxel y continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.
Grupo de autorización previa	KESIMPTA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	KESIMPTA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KETOCONAZOL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	KETOCONAZOL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Síndrome de Cushing
Criterio de exclusión	Enfermedad hepática aguda o crónica. Uso concomitante con medicamentos que están contraindicados con tabletas de ketoconazol: dofetilida, quinidina, pimozida, cisaprida, metadona, disopiramida, dronedarona, ranolazina, alcaloides del cornezuelo de centeno, irinotecán, lurasidona, midazolam oral, alprazolam, triazolam, felodipina, nisoldipino, tolvaptán, eplerenona, lovastatina, simvastatina o colchicina.
Información médica obligatoria	Los beneficios potenciales superan los riesgos del tratamiento con ketoconazol oral. Para las infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene cualquiera de los siguientes diagnósticos: blastomycosis, coccidioidomycosis, histoplasmosis, cromomycosis o paracoccidioidomycosis. Para el síndrome de Cushing: el medicamento solicitado se prescribe a un paciente que no tolera la cirugía o donde la cirugía no ha sido curativa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KEYTRUDA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	KEYTRUDA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KISQALI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	KISQALI, KISQALI FEMARA 200 DOSIS, KISQALI FEMARA 400 DOSIS, KISQALI FEMARA 600 DOSIS
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama recurrente con receptor hormonal positivo y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), negativo, junto con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozol, para tumores con receptor de estrógeno positivo.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KORLYM - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	MIFEPRISTONA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KOSELUGO - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	KOSELUGO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Fusión BRAF o mutación activadora BRAF V600E positiva en glioma circunscrito recurrente o progresivo, histiocitosis de células de Langerhans.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	Para la neurofibromatosis tipo 1: 2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KRAZATI - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	KRAZATI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente positivo para KRAS G12C, metástasis cerebrales en el sistema nervioso central (SNC) de CPCNP positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma de páncreas positivo para KRAS G12C
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LAPATINIB - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	DITOSILATO DE LAPATINIB
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente, cordoma positivo al receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) recurrente, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y de tipo salvaje RAS y BRAF (incluido adenocarcinoma apendicular).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de mama, la paciente cumple con todos los siguientes requisitos: a) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica (incluidas metástasis cerebrales), b) la enfermedad es positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), c) el medicamento solicitado se utilizará junto con cualquiera de los siguientes: 1) inhibidor de la aromatasa, 2) capecitabina, O 3) trastuzumab. Para el cáncer colorrectal: 1) el medicamento solicitado se usará junto con trastuzumab y 2) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LENVIMA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	LENVIMA DOSIS DIARIA DE 10 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 12 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 14 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 18 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 20 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 24 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 4 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 8 MG
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Carcinoma medular de tiroides, carcinoma endometrial recurrente, carcinoma tímico, melanoma cutáneo irreseccable o metastásico.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de tiroides diferenciado (folicular, papilar u oncocítico): la enfermedad no responde a la terapia con yodo radiactivo y es irreseccable, localmente recurrente, persistente o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular (CHC): la enfermedad es irreseccable o inoperable, local, metastásica o con una carga tumoral hepática extensa. Para el carcinoma de células renales (CCR): la enfermedad está avanzada, es recidivante o está en estadio IV. En el caso del carcinoma endometrial (CE), el paciente cumple TODOS los siguientes requisitos: 1) La enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, 2) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con pembrolizumab, 3) El paciente experimentó progresión de la enfermedad después de una terapia sistémica previa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LEUPROLIDA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ACETATO DE LEUPROLIDA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Úselo junto con la hormona del crecimiento en niños con retraso del crecimiento y pubertad avanzada, tumores recurrentes de glándulas salivales con receptores de andrógenos positivos y pubertad precoz central.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la pubertad precoz central (PPC): Los pacientes que actualmente no reciben terapia deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) El diagnóstico de PPC se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) La evaluación de la edad ósea versus la edad cronológica apoya el diagnóstico de PPC 3) La aparición de las características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de los 9 años de edad para los pacientes masculinos.
Restricciones de edad	PPC: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PARCHES DE LIDOCAÍNA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	LIDOCAÍNA, LIDOCAN, TRIDACAÍNA II
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Dolor asociado con neuropatía diabética, dolor asociado con neuropatía relacionada con el cáncer (incluida la neuropatía relacionada con el tratamiento [p. ej., neuropatía asociada con radioterapia o quimioterapia]).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LIVTENCITY - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	LIVTENCITY
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas, un especialista en trasplantes, un hematólogo o un oncólogo.
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LONSURF - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	LONSURF
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de esófago irreseccable, localmente avanzado, recurrente o metastásico. Cáncer gástrico y cánceres de la unión gastroesofágica localmente avanzados o recurrentes irreseccables. Adenocarcinoma apendicular avanzado o metastásico.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): La enfermedad es avanzada o metastásica. Para el adenocarcinoma gástrico, esofágico o de la unión gastroesofágica, se deben cumplir TODOS los siguientes criterios: 1) La enfermedad es irreseccable localmente avanzada, recurrente o metastásica, y 2) El paciente ha sido tratado previamente con al menos dos líneas previas de quimioterapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LORBRENA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	LORBRENA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), CPCNP recurrente, avanzado o metastásico positivo para el reordenamiento del protooncogén tirosina-proteína quinasa ROS1 (ROS1), enfermedad de Erdheim-Chester positiva para ALK sintomática o recidivante/refractaria, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) con translocación de ALK (incluido sarcoma uterino avanzado, recurrente/metastásico o inoperable para IMT con translocación de ALK), metástasis cerebrales en el sistema nervioso central (SNC) de CPCNP positivo para el reordenamiento de ALK, linfoma difuso de células B grandes positivo para ALK recidivante o refractario
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas recurrente, avanzado o metastásico: 1) La enfermedad es ALK positiva Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib) O 3) La enfermedad es positiva para el reordenamiento de ROS1 y el medicamento solicitado se está utilizando después de la progresión de la enfermedad con crizotinib, entrectinib o ceritinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LUMAKRAS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	LUMAKRAS
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) positivo para KRAS G12C recurrente
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUMIZYME - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	LUMIZYME
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la enfermedad de Pompe: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa ácida (GAA) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LUPRON PED - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	LUPRON DEPOT-PED (1 MES, LUPRON DEPOT-PED (3 MESES, LUPRON DEPOT-PED (6 MESES
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la pubertad precoz central (PPC): Los pacientes que actualmente no reciben terapia deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) El diagnóstico de PPC se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) La evaluación de la edad ósea versus la edad cronológica apoya el diagnóstico de PPC 3) La aparición de las características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de los 9 años de edad para los pacientes masculinos.
Restricciones de edad	PPC: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUPRON-ENDOMETRIOSIS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	LUPRON DEPOT (1-MES), LUPRON DEPOT (3-MESES)
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama, cáncer de ovario/cáncer de trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, tumor de glándula salival recurrente con receptor de andrógenos positivo
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el retratamiento de la endometriosis, el fármaco solicitado se utiliza en combinación con acetato de noretisterona. Para los fibromas uterinos, la paciente debe cumplir uno de los siguientes: 1) Diagnóstico de anemia (p. ej., hematocrito menor o igual al 30 por ciento y/o hemoglobina menor o igual a 10 g/dL), O 2) el medicamento solicitado se usará antes de la cirugía de fibromas uterinos. Para el cáncer de mama, el medicamento solicitado se utiliza para la enfermedad con receptor hormonal (HR) positivo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Fibromas: 3 meses, máximo 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo 12 meses en total. Otros: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LYNPARZA - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	LYNPARZA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama con mutación de la línea germinal BRCA 1/2, HER2 negativo recurrente, cáncer de mama con mutación de la línea germinal BRCA 1/2 HER2 positivo recurrente o metastásico, leiomioma uterino.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de mama recurrente o metastásico: la enfermedad tiene una mutación de la línea germinal BRCA 1/2. Para cáncer de próstata: 1)El paciente tiene una mutación en el gen BRCA y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con abiraterona y un corticosteroide oral O 2) El paciente ha progresado tras un tratamiento previo con una terapia dirigida al receptor de andrógenos. Para el cáncer de ovario, de las trompas de Falopio o primario de peritoneo: El medicamento solicitado se utiliza para la terapia de mantenimiento en estadios II-IV o enfermedades recurrentes que responden completa o parcialmente a la quimioterapia. Para el leiomioma uterino: 1) el paciente ha recibido al menos una terapia previa Y 2) el paciente tiene una enfermedad alterada por BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LYTGOBI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	LYTGOBI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Colangiocarcinoma extrahepático
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el colangiocarcinoma: 1) el paciente tiene un diagnóstico de colangiocarcinoma irreseccable, localmente avanzado o metastásico, 2) el paciente ha recibido un tratamiento previo, Y 3) el paciente tiene una enfermedad que tiene una fusión del gen del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2) u otro reordenamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MAVYRET - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	MAVYRET
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (Child Turcotte Pugh [CTP] clase B o C).
Información médica obligatoria	Para el virus de la hepatitis C (VHC): Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en el suero antes de iniciar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [CTP clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a resistencia cuando corresponda, estado del trasplante si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Association for the Study of Liver Diseases y Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA) (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la guía actual de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEGESTROL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ACETATO DE MEGESTROL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Caquexia relacionada con el cáncer en adultos
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la suspensión oral de megestrol 40 miligramos por mililitro (40 mg/ml).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MEKINIST - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	MEKINIST
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para melanoma: 1) El tumor es positivo para una mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con dabrafenib, Y 3) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante. Para el melanoma uveal: El medicamento solicitado se utilizará como agente único. Para el cáncer de ovario, el cáncer de trompas de Falopio y el cáncer peritoneal primario: El medicamento solicitado se utilizará para tratar enfermedades persistentes o recurrentes. Para el carcinoma papilar, folicular y oncocítico de tiroides: 1) La enfermedad es positiva para la mutación BRAF V600E, Y 2) La enfermedad no es susceptible de terapia con yodo radiactivo (RAI), Y 3) El medicamento solicitado se usará en combinación con dabrafenib. Para tumores sólidos: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E Y 2) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEKTOVI - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	MEKTOVI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Terapia sistémica adyuvante para el melanoma cutáneo, la histiocitosis de células de Langerhans y el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará junto con encorafenib, Y 3) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irsecable, reseccable limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib, Y 3) La enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MEMANTINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VALORACIÓN DE MEMANTINA CLORHIDRATO P, CLORHIDRATO DE MEMANTINA, CLORHIDRATO DE MEMANTINA E
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo aplica para pacientes menores de 30 años.

Grupo de autorización previa	MEPRON - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ATOVACUONA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Babesiosis, toxoplasmosis, profilaxis de neumonía por Pneumocystis jirovecii en pacientes pediátricos, tratamiento de neumonía por Pneumocystis jirovecii leve a moderada en pacientes pediátricos.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de la neumonía por Pneumocystis jirovecii (PCP) leve a moderada: el paciente tuvo intolerancia o tiene una contraindicación al sulfametoxazol/trimetoprima (SMX-TMP). Para la prevención de la PCP y la profilaxis de la toxoplasmosis primaria, indicaciones: 1) el paciente tenía intolerancia o tenía contraindicación al SMX-TMP, Y 2) el paciente estaba inmunodeprimido. Para la profilaxis de la toxoplasmosis secundaria: el paciente está inmunodeprimido. Para el tratamiento de la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza simultáneamente con azitromicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Profilaxis de la toxoplasmosis secundaria: 6 meses, Todas las demás indicaciones: A los 3 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	METILFENIDATO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	HIDROCLORO DE METILFENIDATO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	1) El paciente tiene un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o Trastorno por Déficit de Atención (TDA) O 2) El paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado mediante un estudio del sueño O 3) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de que se hayan descartado otras causas de fatiga.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	METILTESTOSTERONA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	METILTESTOSTERONA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para productos de testosterona alternativos (p. ej., testosterona tópica, testosterona transdérmica, testosterona inyectable). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, terapia inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matinales bajas de testosterona total en suero confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío"). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tiene una concentración matinal baja de testosterona total en suero confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar con la terapia de testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío").
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MODAFINIL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	MODAFINILO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Hipersomnia idiopática
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la somnolencia excesiva asociada con la narcolepsia: El diagnóstico ha sido confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada con la apnea obstructiva del sueño (AOS): El diagnóstico ha sido confirmado mediante polisomnografía. Para la hipersomnia idiopática, solicitud inicial, el diagnóstico ha sido confirmado por TODOS los siguientes: 1) el paciente ha experimentado lapsus de sueño o una necesidad irreprimible de dormir durante el día, a diario, durante al menos 3 meses, Y 2) se confirma la ausencia del síndrome de sueño insuficiente, Y 3) la cataplejía está ausente, Y 4) menos de 2 períodos de movimientos oculares rápidos al inicio del sueño (SOREMP) o ausencia de SOREMP, si la latencia de los movimientos oculares rápidos en un estudio del sueño nocturno fue menor o igual a 15 minutos, Y 5) latencia media del sueño inferior o igual a 8 minutos en la prueba de latencia múltiple del sueño o el tiempo total de sueño de 24 horas es superior o igual a 11 horas, Y 6) otra afección (trastorno del sueño, trastorno médico o psiquiátrico, o consumo de fármacos/medicamentos) no explica mejor la hipersomnolencia y los resultados de la prueba. En caso de hipersomnia idiopática, continuación del tratamiento: El paciente ha experimentado una disminución de la somnolencia diurna respecto al estado inicial.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MONJUVI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	MONJUVI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Linfoma de células B relacionado con el VIH, trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (tipo de células B), linfoma de células B de alto grado
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) no especificado de otra manera, linfoma de células B relacionado con el VIH, trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (tipo de células B), linfoma de células B de alto grado, linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) no especificado de otra manera, incluido DLBCL que surge de un linfoma de bajo grado: 1) el paciente tiene una enfermedad refractaria o en recaída, Y 2) el paciente no es elegible para un autotrasplante de células madre (ASCT).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MOUNJARO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	MOUNJARO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NAGLAZYME - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	NAGLAZYME
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El diagnóstico de mucopolisacaridosis VI (síndrome de Maroteaux-Lamy) se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NERLYNX - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	NERLYNX
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente, metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NEXAVAR - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TOSILATO DE SORAFENIB
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia mieloide aguda, sarcoma de tejidos blandos (angiosarcoma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva y subtipos de tumor fibroso solitario), tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma recurrente, cáncer epitelial de ovario, cáncer de trompa de Falopio, cáncer peritoneal primario, neoplasias linfoides y/o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en fase crónica o blástica
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide aguda: la enfermedad es positiva para la mutación FLT3-ITD (FMS-like tirosina quinasa 3-duplicación interna en tándem) y se cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) el medicamento solicitado se utilizará como terapia de mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) el medicamento solicitado se está utilizando para la inducción del tratamiento de baja intensidad, la terapia posterior a la inducción o la terapia de consolidación, O 3) la enfermedad es recidivante/refractaria. Para el carcinoma de tiroides: la histología es folicular, papilar, oncócica o medular. Para tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) la enfermedad es residual, irreseccable, recurrente o metastásica/ruptura tumoral, Y 2) la enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos terapias aprobadas por la FDA (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NINLARO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	NINLARO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras en recaída/refractaria, macroglobulinemia de Waldenström, linfoma linfoplasmocítico
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NITISINONA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	NITISINONA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para tirosinemia hereditaria tipo 1 (HT-1): El diagnóstico de HT-1 se confirma mediante uno de los siguientes: 1) pruebas bioquímicas (p. ej., detección de succinilacetona en orina) O 2) pruebas de ADN (análisis de mutaciones).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NORTHERA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	DROXIDOPA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para hipotensión ortostática neurogénica (nOH): Para la terapia inicial, el paciente tiene una disminución persistente y constante de la presión arterial sistólica de al menos 20 mmHg O una disminución de la presión arterial diastólica de al menos 10 mmHg dentro de los 3 minutos de ponerse de pie o de la prueba de inclinación con la cabeza hacia arriba. Durante la continuación del tratamiento, el paciente ha experimentado una reducción sostenida de los síntomas de nOH (es decir, disminución de mareos, aturdimiento o sensación de desmayo). Tanto para el tratamiento inicial como para la continuación del mismo, el medicamento solicitado se utilizará en pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada a uno de los siguientes diagnósticos: 1) insuficiencia autonómica primaria debido a la enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica o insuficiencia autonómica pura, O 2) deficiencia de dopamina beta-hidroxilasa, O 3) neuropatía autonómica no diabética.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NOXAFIL SUSPENDIDO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	POSACONAZOL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la candidiasis orofaríngea: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el fluconazol.
Restricciones de edad	13 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Candidiasis orofaríngea: 1 mes. Todas las demás indicaciones: A los 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NUBEQA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	NUBEQA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El medicamento solicitado se utilizará junto con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. En el caso del cáncer de próstata metastásico sensible a hormonas (mHSPC), el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para abiraterona, Xtandi o Erleada.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NUDEXTA -PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	NUDEXTA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el afecto pseudobulbar (PBA) (continuación): El paciente ha experimentado una disminución de los episodios de afecto pseudobulbar (PBA) desde que inició la terapia con el fármaco solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 4 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NUPLAZID - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	NUPLAZID
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para las alucinaciones y delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe realizarse antes de la aparición de los síntomas psicóticos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NURTEC - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	NURTEC
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Tratamiento de la migraña aguda: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación para un agonista del receptor triptán 5-HT1. Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: El paciente cumple cualquiera de los siguientes: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que le impediría una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos. Tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción en los días de migraña por mes desde el inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 3 meses, Todas las demás indicaciones: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OCTREÓTIDO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ACETATO DE OCTREOTIDA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Control tumoral de timomas y carcinomas tímicos
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para acromegalia, ponga sus iniciales: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para su edad y/o sexo según el rango de referencia del laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O hay una razón clínica por la cual el paciente no ha sido sometido a cirugía o radioterapia. Para acromegalia, continuación de la terapia: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ODOMZO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ODOMZO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OFEV - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	OFEV
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para fibrosis pulmonar idiopática (solo nuevos comienzos): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) del tórax o una biopsia de pulmón revela el patrón de neumonía intersticial usual (NIU), O 2) un estudio de TCAR del tórax revela un resultado distinto al patrón de NIU (p. ej., NIU probable , indeterminado para NIU) y el diagnóstico está respaldado por una biopsia de pulmón o por una discusión multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se ha realizado una biopsia de pulmón.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OGIVRI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	OGIVRI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo, adenocarcinoma de la unión esofagogástrica y esofágica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y de tipo salvaje RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente HER2 positivo, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico HER2 positivo (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2 positiva, cáncer de endometrio.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con paclitaxel y continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.
Grupo de autorización previa	OGSIVEO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	OGSIVEO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OJEMDA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	OJEMDA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	En el caso de glioma pediátrico de bajo grado (LGG) recidivante o refractario: el tumor del paciente es positivo para a) fusión o reordenamiento de BRAF O b) mutación BRAF V600.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OJJAARA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	OJJAARA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la mielofibrosis, el paciente cumple TODOS los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene un diagnóstico de mielofibrosis primaria de riesgo intermedio o alto o mielofibrosis secundaria (es decir, post-policitemia vera o post-trombocitemia esencial), Y 2) el paciente tiene anemia definida como hemoglobina menor a 10 gramos por decilitro (g/dL) o tiene anemia dependiente de transfusión, Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Jakafi (ruxolitinib) O tiene hemoglobina menor a 8 g/dL.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OMEGA-3 - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ÉSTERES ETÍLICOS DE ÁCIDOS OMEGA 3
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la hipertrigliceridemia: Antes del inicio del tratamiento con un medicamento para reducir los triglicéridos, el paciente tiene/tenía un nivel de triglicéridos previo al tratamiento mayor o igual a 500 miligramos por decilitro (mg/dL).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OMNIPOD - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	KIT DE INTRODUCCIÓN AL OMNIPOD 5 G6 (G, OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5), KIT DE INTRODUCCIÓN AL OMNIPOD 5 G7 (G, OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5), OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN, KIT DE INTRODUCCIÓN AL OMNIPOD DASH (G, OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Inicial 1) El paciente tiene diabetes que requiere control de insulina con múltiples inyecciones diarias Y 2) El paciente está autoevaluando sus niveles de glucosa 4 o más veces al día O el paciente está usando un monitor continuo de glucosa Y 3) El paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes con el régimen actual de diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, fluctuaciones amplias de la glucosa en sangre, fenómeno del amanecer con hiperglucemia grave persistente a primera hora de la mañana, excursiones glucémicas graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OMNIPOD GO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	OMNIPOD GO 10 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 15 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 20 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 25 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 30 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 35 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 40 UNIDADES/DÍA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Inicial 1) el paciente tiene diabetes que requiere manejo con insulina Y 2) el paciente actualmente realiza autocontroles de sus niveles de glucosa, se aconsejará al paciente sobre el autocontrol de sus niveles de glucosa o el paciente está usando un monitor continuo de glucosa Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la terapia con insulina basal de acción prolongada.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ONTRUZANT - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ONTRUZANT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo, adenocarcinoma de la unión esofagogástrica y esofágica HER2 positivo, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y de tipo salvaje RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente HER2 positivo, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico HER2 positivo (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2 positiva, cáncer de endometrio.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con paclitaxel y continúa como agente único para la terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.
Grupo de autorización previa	ONUREG - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ONUREG
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Linfoma periférico de células T
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FENTANILO ORAL-INTRANASAL: PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CITRATO DE FENTANILO ORAL TRANSMUCOSA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes con cáncer: 1) El medicamento solicitado está indicado únicamente para el tratamiento del dolor irruptivo relacionado con el cáncer. El medicamento solicitado se receta para el tratamiento del dolor irruptivo en un paciente con cáncer con dolor subyacente por cáncer Y 2) El código de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) proporcionado respalda el diagnóstico relacionado con el cáncer. [Nota: Para la aprobación de la cobertura de medicamentos, el código de diagnóstico de la ICD proporcionado DEBE respaldar el diagnóstico relacionado con el cáncer.] Y 3) El paciente actualmente está recibiendo, y continuará recibiendo, terapia con opioides las 24 horas del día para el dolor subyacente del cáncer Y 4) El medicamento solicitado está destinado únicamente para su uso en pacientes tolerantes a los opioides. El paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada según su historial actual de uso de opioides. [Nota: Los pacientes considerados tolerantes a los opioides son aquellos que toman medicamentos las 24 horas del día que consisten en al menos 60 mg de morfina oral por día, al menos 25 mcg por hora de fentanilo transdérmico, al menos 30 mg de oxycodona oral por día, al menos 60 mg de hidrocodona oral por día, al menos 8 mg de hidromorfona oral por día, al menos 25 mg de oximorfona oral por día o una dosis equianalgésica de otro medicamento opioide diariamente durante una semana o más].
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ORGOVYX - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ORGOVYX
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ORKAMBI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ORKAMBI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la fibrosis quística (FQ): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ORSERDU - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ORSERDU
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama recurrente con receptor hormonal positivo y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Cáncer de mama: 1) la enfermedad es positiva para receptores de estrógeno (RE), negativa para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y ESR1 mutado Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes: a) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica Y el paciente tiene progresión de la enfermedad después de al menos una línea de terapia endocrina O b) la enfermedad no tuvo respuesta a la terapia sistémica preoperatoria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OZEMPIC - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	OZEMPIC
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PANRETIN - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PANRETIN
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento tópico de lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado con el SIDA
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PAROXETINA SUSP - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CLORHIDRATO DE PAROXETINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El paciente tiene dificultad para tragar formas de dosis orales sólidas (por ejemplo, cápsulas, comprimidos).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PEGASYS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PEGASYS
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasia mieloproliferativa (trombocitemia esencial, policitemia vera, mielofibrosis sintomática de bajo riesgo), mastocitosis sistémica, leucemia/linfoma de células T del adulto, micosis fungoide/síndrome de Sézary, trastornos linfoproliferativos cutáneos primarios de células T CD30+, leucemia de células pilosas, enfermedad de Erdheim-Chester , tratamiento inicial durante el embarazo para la leucemia mieloide crónica.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la hepatitis C crónica: Virus de la hepatitis C (VHC) confirmado por la presencia de ARN del VHC del virus de la hepatitis C en suero antes de iniciar el tratamiento y el régimen de tratamiento planificado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	VHC: 12-48 semanas. Los criterios se aplicaron de manera consistente con la guía actual de AASLD-IDSA. VHB: 48 semanas Otro: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PEMAZYRE - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PEMAZYRE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FENILBUTIRATO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FENILBUTIRATO DE SODIO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para trastornos del ciclo de la urea (UCD): El diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PHESGO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PHESGO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama positivo al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PIMECROLIMUS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PIMECROLIMUS
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Psoriasis en la cara, genitales o pliegues de la piel.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para dermatitis atópica (eczema) de leve a moderada: el paciente cumple alguno de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta a zonas sensibles de la piel (por ejemplo, cara, genitales o pliegues cutáneos), O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un agente terapéutico de primera línea (por ejemplo, corticosteroide tópico de potencia media o superior). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se prescribe para uso crónico a corto plazo o no continuo.
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PIQRAY - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PIQRAY 200MG DOSIS DIARIA, PIQRAY 250MG DOSIS DIARIA, PIQRAY 300MG DOSIS DIARIA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama con mutación PIK3CA, receptor hormonal recurrente (HR), receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), negativo, en combinación con fulvestrant.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	POMALYST - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	POMALYST
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras en recaída/refractaria, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	En el caso del mieloma múltiple, el paciente ha recibido previamente al menos dos terapias previas, incluido un agente inmunomodulador Y un inhibidor del proteasoma.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	POSACONAZOL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	POSACONAZOLE DR
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para la profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: el paciente pesa más de 40 kilogramos. Tratamiento de la aspergilosis invasiva: 13 años de edad o más, Profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: 2 años de edad o más
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PREGABALINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PREGABALINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Dolor neuropático relacionado con el cáncer, dolor neuropático relacionado con el tratamiento del cáncer
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de la neuralgia posherpética, el tratamiento del dolor neuropático asociado con la neuropatía periférica diabética: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la gabapentina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PREVMIS - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	PREVMIS
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la profilaxis de la infección o enfermedad por citomegalovirus (CMV) en el trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH): 1) el paciente es seropositivo para CMV Y 2) el paciente es receptor de un TCMH alogénico. Para la profilaxis de la enfermedad por CMV en trasplante de riñón: 1) el paciente es seronegativo para CMV Y 2) el paciente es un receptor de trasplante de riñón de alto riesgo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	7 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PROCRIT - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PROCRIT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Anemia debida a síndromes mielodisplásicos (SMD), anemia en artritis reumatoide (AR), anemia debida al tratamiento de la hepatitis C (ribavirina en combinación con interferón alfa o peginterferón alfa)
Criterio de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mieloide.
Información médica obligatoria	Los requisitos relativos a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debidos a una transfusión reciente. Para aprobación inicial: 1) para todos los usos excepto anemia debida a quimioterapia o síndrome mielodisplásico (SMD): el paciente tiene reservas de hierro adecuadas (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20 %), Y 2) para todos los usos excepto cirugía: pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) la Hgb es inferior a 10 g/dL, Y 3) para SMD: el nivel de eritropoyetina sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/L o menos. Para reautorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos excepto cirugía: 1) el paciente ha recibido al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina, Y 2) el paciente respondió al tratamiento con eritropoyetina, Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dL, Y 4) para todos los usos excepto anemia debida a quimioterapia o SMD: el paciente tiene reservas de hierro adecuadas (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20 %).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	16 semanas
Otros criterios	La cobertura incluye el uso en anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B cuando el medicamento se prescribe, dispensa o administra al individuo (por ejemplo, se usa para el tratamiento de la anemia de un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o proporcionada desde el incidente de suministro del médico a un servicio médico).

Grupo de autorización previa	PULMOZYME - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	PULMOZYME
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.
Grupo de autorización previa	QINLOCK - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	QINLOCK
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) para enfermedad residual, irresecable, con ruptura tumoral, recurrente o progresiva. Melanoma cutáneo metastásico o irresecable.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	En caso de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) residual, irresecable, con ruptura tumoral, avanzado, recurrente/metastásico o progresivo: 1) El paciente ha recibido tratamiento previo con 3 o más inhibidores de la quinasa, incluido imatinib O 2) El paciente ha experimentado progresión de la enfermedad después del tratamiento con avapritinib y dasatinib O 3) El paciente ha recibido tratamiento previo con imatinib y es intolerante al sunitinib de segunda línea. Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable Y 2) La enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de KIT Y 3) El medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior Y 4) El paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con la terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	QUETIAPINA XR - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	FUMARATO DE QUETIAPINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento de mantenimiento en monoterapia en el trastorno bipolar I, tratamiento en monoterapia del trastorno de ansiedad generalizada, tratamiento en monoterapia del trastorno depresivo mayor
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para todas las indicaciones: Si el paciente tiene 65 años de edad o más Y está usando dos o más medicamentos activos adicionales para el sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam, zolpidem) con el medicamento solicitado, el médico determinó que tomar múltiples medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) es médicamente necesario. [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos sobre el sistema nervioso central (SNC) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas]. Para el tratamiento de la esquizofrenia: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I o el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar I: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar II: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la quetiapina genérica de liberación inmediata. Para el tratamiento complementario del trastorno depresivo mayor (TDM): el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SULFATO DE QUININA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SULFATO DE QUININA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Babesiosis, malaria por Plasmodium vivax no complicada.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para babesiosis: el medicamento solicitado se usa junto con clindamicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	QULIPTA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	QULIPTA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que le impediría una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos. Tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción en los días de migraña por mes desde el inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 3 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	REGANEX - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	REGANEX
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	20 semanas
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RELISTOR INJ - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	RELISTOR
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no relacionado con el cáncer, incluido el dolor crónico relacionado con un cáncer previo o su tratamiento, que no requiere un aumento frecuente (p. ej., semanal) de la dosis de opioides: 1) el paciente no puede tolerar los medicamentos orales, O 2) el paciente cumple uno de los siguientes criterios: A) experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no relacionado con el cáncer (p. ej., Movantik), O B) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no relacionado con el cáncer (p. ej., Movantik).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 4 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REMICADE - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	INFLIXIMAB, REMICADA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Síndrome de Behcet, hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenoso, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) El paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida O b) intolerancia o contraindicación a MTX Y leflunomida, Y 2) El paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: a) respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a MTX O b) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo o un FAME sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos comienzos): una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O una contraindicación que prohibiría un ensayo con AINE. Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) Al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) El paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: a) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina, O b) el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina está contraindicado, O c) El paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10% de la superficie corporal o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para hidradenitis supurativa (solo nuevos comienzos): El paciente tiene una enfermedad grave y refractaria. Para uveítis (solo nuevos comienzos): Respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia o tiene una contraindicación para un ensayo de terapia inmunosupresora para la uveítis. Para todas las indicaciones: El paciente experimentó un evento adverso intolerable con Renflexis, y dicho evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo, según lo descrito en la información de prescripción.

Grupo de autorización previa	RENFLEXIS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	RENFLEXIS
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Síndrome de Behcet, hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenoso, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) El paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida O b) intolerancia o contraindicación a MTX Y leflunomida, Y 2) El paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: a) respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a MTX O b) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo o un FAME sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos comienzos): una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O una contraindicación que prohibiría un ensayo con AINE. Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) Al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) El paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: a) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina, O b) el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina está contraindicado, O c) El paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10% de la superficie corporal o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para hidradenitis supurativa (solo nuevos comienzos): El paciente tiene una enfermedad grave y refractaria. Para uveítis (solo nuevos comienzos): Respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia o tiene una contraindicación para un ensayo de terapia inmunosupresora para la uveítis.

Grupo de autorización previa	REPATHA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	REPATHA, REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM, REPATHA SURECLICK
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RETEVMO - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	RETEVMO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) con reordenamiento positivo durante la transfección (RET) recurrente, metástasis cerebrales de CPCNP con fusión RET positiva, histiocitosis de células de Langerhans con una fusión del gen RET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/refractaria con una fusión del gen RET, enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/refractaria con una fusión del gen RET, cáncer primario oculto con fusión del gen RET, tumores sólidos con fusión del gen RET para enfermedad recurrente
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) El tumor se reordena durante la transfección (RET) con fusión positiva o reordenamiento RET positivo. Para los tumores sólidos, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) La enfermedad es recurrente, persistente, progresiva, irsecable, localmente avanzada o metastásica, 2) El paciente ha progresado durante o después de un tratamiento sistémico previo o no tiene opciones de tratamiento alternativas satisfactorias, Y 3) El tumor es positivo para fusión RET.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REVLIMID - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	LENALIDOMIDA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Amiloidosis sistémica de cadena ligera, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin la anomalía citogenética de delección 5q, anemia asociada a mielofibrosis, síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel), neoplasias mieloproliferativas, sarcoma de Kaposi, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Rosai-Dorfman, linfomas periféricos de células T no especificados de otra manera, linfoma angioinmunoblástico de células T (AITL), linfoma de células T asociado a enteropatía, linfoma intestinal epiteliotrópico monomórfico de células T, linfoma periférico nodal de células T, leucemia/linfoma de células T en adultos, linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), leucemia linfocítica crónica (LLC)/linfoma linfocítico pequeño (LLP), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) relacionado Linfomas de células B, trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante, linfoma difuso de células B grandes, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfomas de células B de alto grado, transformación histológica de linfoma indolente en linfoma difuso de células B grandes
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el síndrome mielodisplásico (SMD): el paciente tiene un SMD de bajo riesgo con anemia sintomática según el Sistema Internacional Revisado de Puntuación Pronóstica (IPSS-R), el Sistema Internacional de Puntuación Pronóstica (IPSS) o el Sistema de Puntuación Pronóstica basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WPSS).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	REZLIDHIA - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	REZLIDHIA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REZUROCK - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	REZUROCK
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RINVOQ - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	RINVOQ, RINVOQ LQ
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	<p>Para artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para artritis psoriásica activa (solo nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la enfermedad de Crohn activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para dermatitis atópica (solo nuevos comienzos): 1) el paciente tiene una enfermedad refractaria, de moderada a grave, Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con otros medicamentos sistémicos, incluidos los biológicos, o el uso de estas terapias es desaconsejable. Para la dermatitis atópica (continuación del tratamiento): El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para espondiloartritis axial no radiográfica (solo para nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un inhibidor del TNF.</p>
Restricciones de edad	Dermatitis atópica: 12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Dermatitis atópica (inicial): 4 meses, todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ROZLYTREK - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	ROZLYTREK
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente con ROS1 positivo, tumores sólidos no metastásicos con fusión del gen del receptor de tirosina quinasa neurotrófica (NTRK) positiva, tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión del gen NTRK positiva, melanoma cutáneo con fusión del gen ROS1 positiva
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para todos los tumores sólidos con fusión positiva del gen del receptor de tirosina quinasa neurotrófica (NTRK): la enfermedad no presenta ninguna mutación de resistencia adquirida conocida. Para el cáncer de pulmón no microcítico ROS1-positivo, el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RUBRACA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	RUBRACA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leiomiomas uterino, adenocarcinoma pancreático, cáncer epitelial de ovario, de trompa de Falopio o peritoneal primario avanzado (estadio II-IV)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con una mutación deletérea del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) (germinal y/o somática): 1) el paciente ha sido tratado con una terapia dirigida a los receptores de andrógenos, Y 2) el paciente ha sido tratado con una quimioterapia basada en taxanos o el paciente no es apto para la quimioterapia, Y 3) el fármaco solicitado se utilizará junto con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o tras una orquiectomía bilateral. Para el tratamiento de mantenimiento del cáncer de ovario, de trompas de Falopio y peritoneal primario con mutación BRCA: 1) la paciente tiene enfermedad avanzada (estadio II-IV) y presenta una respuesta completa o parcial a la terapia primaria, O 2) la paciente tiene enfermedad recurrente y presenta una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino. Para el leiomiomas uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como terapia de segunda línea, Y 2) la paciente tiene la enfermedad alterada por el BRCA. Para el adenocarcinoma de páncreas: 1) el paciente tiene enfermedad metastásica Y 2) el paciente tiene mutaciones somáticas o de línea germinal en BRCA o PALB-2.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RYBELSUS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	RYBELSUSRIBELSO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RYDAPT - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	RYDAPT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia mieloide aguda (LMA) recidivante o refractaria, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos FGFR1 o FLT3, terapia de posinducción para la LMA, reinducción en enfermedad residual para la LMA.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide aguda (LMA): La LMA es positiva a la mutación de la tirosina cinasa 3 similar al FMS (FLT3). Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos tipo 1 (FGFR1) o FLT3: la enfermedad está en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SAPROPTERINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	JAVYGTOR, SAPROPTERINA DIHIDROCLORURO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la fenilcetonuria (PKU): Para los pacientes que aún no han recibido un ensayo terapéutico del fármaco solicitado, el nivel de fenilalanina del paciente antes del tratamiento (incluso antes del tratamiento dietético) es superior a 6 mg/dL (360 micromol/L). En el caso de los pacientes que hayan completado un ensayo terapéutico del fármaco solicitado, el paciente debe haber experimentado una mejoría (por ejemplo, reducción de los niveles de fenilalanina en sangre, mejoría de los síntomas neuropsiquiátricos).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 2 meses, todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SCEMBLIX - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SCEMBLIX
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o fase blástica.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide crónica (LMC) en la fase crónica: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) El paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: A) El paciente ha sido tratado previamente con 2 o más inhibidores de la tirosina quinasa (TKI) Y al menos uno de ellos fue imatinib, dasatinib o nilotinib O B) El paciente es positivo para la mutación T315I, Y 3) El paciente es negativo para las siguientes mutaciones: A337T, P465S.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SIGNIFOR - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SIGNIFOR
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SILDENAFIL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SILDENAFIL CITRATE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar de enclavamiento previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) si el medicamento solicitado es para un adulto, la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SIRTURO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SIRTURO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SKYRIZI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SKYRIZI, SKYRIZI PEN
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguiente: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal o áreas cruciales del cuerpo [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas) .
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DEPÓSITO DE SOMATULINA: PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ACETATO DE LANREÓTIDA, SOMATULINE DEPOT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Control tumoral de tumores neuroendocrinos (NET) (incluidos tumores de pulmón, timo, NET de grado 3 bien diferenciados no de origen gastroenteropancreático con biología favorable y feocromocitoma/paraganglioma)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para acromegalia, ponga sus iniciales: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para su edad y/o sexo según el rango de referencia del laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O hay una razón clínica por la cual el paciente no ha sido sometido a cirugía o radioterapia. Para acromegalia, continuación de la terapia: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SOMAVERT - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SOMAVERT
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para acromegalia, ponga sus iniciales: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para su edad y/o sexo según el rango de referencia del laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O hay una razón clínica por la cual el paciente no ha sido sometido a cirugía o radioterapia. Para acromegalia, continuación de la terapia: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SOTYKTU - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SOTYKTU
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguiente: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal o áreas cruciales del cuerpo [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas) .
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SPRYCEL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SPRYCEL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), condrosarcoma metastásico y/o generalizado, cordoma recurrente, leucemia linfoblástica aguda de células T (LLA) y LLA-B tipo Filadelfia (Ph), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o fase blástica, melanoma cutáneo
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide crónica (LMC), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia (Ph) o del gen BCR-ABL, y 2) Si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor de la tirosina cinasa alternativo, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L. Para la leucemia linfoblástica aguda (LLA), el paciente tiene un diagnóstico de uno de los siguientes: 1) LLA con cromosoma Filadelfia positivo, incluidos pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: El diagnóstico que se ha confirmado mediante la detección del cromosoma Ph o del gen BCR-ABL Y si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor de la tirosina quinasa alternativo, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L O 2) LLA de células B tipo Ph con fusión de quinasas de clase ABL O 3) LLA de células T recidivante o refractaria con translocación de clase ABL. Para tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) El paciente cumple todos los siguientes requisitos: A) La enfermedad es residual, irresecable, recurrente/progresiva o metastásica/ruptura tumoral, B) El paciente ha recibido terapia previa con avapritinib Y C) El paciente es positivo para mutaciones del exón 18 del receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas alfa (PDGFRA). Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, 2) La enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT Y 3) El medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior Y 4) El paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con la terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	STELARA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	STELARA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguiente: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal o áreas cruciales del cuerpo [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas) .
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	STIVARGA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	STIVARGA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Osteosarcoma, glioblastoma, angiosarcoma, sarcoma de tejidos blandos retroperitoneal/intraabdominal, rabdomiosarcoma, sarcomas de tejidos blandos de las extremidades, pared corporal, cabeza y cuello, adenocarcinoma apendicular
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer colorrectal: 1) La enfermedad está avanzada o metastásica, Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Lonsurf (trifluridina/tipiracilo).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SUTENT - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	MALATO DE SUNITINIB
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Carcinoma de tiroides (folicular, medular, papilar y oncocítico), sarcoma de tejidos blandos (subtipos angiosarcoma, tumor fibroso solitario y sarcoma de partes blandas alveolar), cordoma recurrente, carcinoma tímico, neoplasias linfoides y/o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en fase crónica o blástica, feocromocitoma, paraganglioma, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el carcinoma de células renales (CCR): 1) la enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV O 2) el medicamento solicitado se está utilizando como tratamiento adyuvante para pacientes que tienen un alto riesgo de CCR recurrente después de una nefrectomía.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SYMDEKO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SYMDEKO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SYMPAZAN - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SYMPAZAN
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Convulsiones asociadas al síndrome de Dravet
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): 2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SYNAREL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	SYNAREL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la pubertad precoz central (PPC): Los pacientes que actualmente no reciben terapia deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) El diagnóstico de PPC se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) La evaluación de la edad ósea versus la edad cronológica apoya el diagnóstico de PPC 3) La aparición de las características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de los 9 años de edad para los pacientes masculinos. Para el tratamiento de la endometriosis: El paciente no ha recibido ya un tratamiento mayor o igual a 6 meses con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	PPC: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre. Endometriosis: 18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TABRECTA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TABRECTA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente, CPCNP con amplificación de transición mesenquimal-epitelial (MET) de alto nivel, metástasis cerebrales del sistema nervioso central (SNC) de CPCNP con mutación del exón 14 de MET
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente, avanzado o metastásico: El tumor es positivo para la mutación que omite el exón 14 de la transición mesenquimal-epitelial (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TADALAFIL (BPH) - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TADALAFIL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Disfunción eréctil.
Información médica obligatoria	Para la hiperplasia prostática benigna (HPB): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a ambos de los siguientes: 1) bloqueador alfa, 2) inhibidor de la 5-alfa reductasa (5-ARI).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	26 semanas
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TADALAFIL (HAP) - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ALYQ, TADALAFIL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar de enclavamiento previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAFINLAR - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TAFINLAR
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: -
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para melanoma: 1) El tumor es positivo para una mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con trametinib, Y 3) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E Y 2) El fármaco solicitado se utilizará como agente único o junto con trametinib. Para el carcinoma papilar, folicular y oncocítico de tiroides: 1) El tumor es BRAF V600E positivo, Y 2) La enfermedad no responde a la terapia con yodo radiactivo (RAI), Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: La enfermedad es positiva para una mutación BRAF V600E. Para tumores sólidos: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E Y 2) El fármaco solicitado se utilizará en combinación con trametinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAGRISSO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TAGRISSO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (EGFR), metástasis cerebrales de CPCNP con mutación positiva de EGFR sensibilizante, metástasis leptomeníngicas de CPCNP con mutación positiva de EGFR.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	En el caso del cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes entornos: 1) El paciente cumple con ambos de los siguientes: a) el paciente tiene CPNM metastásico, avanzado o recurrente (incluidas metástasis cerebrales y/o leptomeníngicas de CPNM) y b) el paciente tiene una enfermedad con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (EGFR), O 2) El paciente cumple con ambos de los siguientes: a) la solicitud es para tratamiento adyuvante de CPNM después de la resección del tumor y b) el paciente tiene una enfermedad con mutación positiva del EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TALZENNA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TALZENNA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama con mutación del gen de susceptibilidad al cáncer de mama de línea germinal recurrente (BRCA)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TARGRETIN TÓPICO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BEXAROTENO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), leucemia/linfoma de células T del adulto crónico o latente (ATLL), linfoma cutáneo primario de la zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro folicular
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TASIGNA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TASIGNA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (LLA Ph+), tumor del estroma gastrointestinal (GIST), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o fase blástica, sinovitis villonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinovial, melanoma cutáneo.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide crónica (LMC), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de leucemia mieloide crónica (LMC) y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) Si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor de la tirosina quinasa alternativo para la LMC, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (LLA), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) Si el paciente ha experimentado resistencia a un inhibidor de la tirosina quinasa alternativo para la LLA, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E. Para tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad es residual, irresecable, recurrente/progresiva o metastásica/ruptura tumoral, Y 2) La enfermedad ha progresado con al menos 2 terapias aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) La enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT, Y 3) El medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior, Y 4) El paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con la terapia dirigida a BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAVNEOS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TAVNEOS
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la continuación del tratamiento de vasculitis grave asociada a autoanticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA): el paciente ha experimentado beneficios con la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TAZAROTENO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TAZAROTENO, TAZORAC
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la psoriasis en placas, el paciente cumple los siguientes criterios: 1) el paciente tiene menos del 20 por ciento o igual del área de superficie corporal afectada (BSA), Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un corticosteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de tratamiento tópico corticosteroides.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TAZVERIK - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TAZVERIK
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	Sarcoma epitelioides: 16 años de edad o más, linfoma folicular: 18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TECENTRIQ
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Mantenimiento con agente único para cáncer de pulmón de células pequeñas extenso después del tratamiento combinado con etopósido y carboplatino, terapia posterior para mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de túnica vaginal testicular, carcinoma urotelial, cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) en estadio IIIB, carcinoma neuroendocrino de células pequeñas persistente, recurrente o metastásico del cuello uterino (NECC).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica O 2) el paciente tiene enfermedad en estadio II a IIIB Y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la resección y la quimioterapia adyuvante. Para el carcinoma hepatocelular, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial junto con bevacizumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TEMAZEPAM - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TEMAZEPAM
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: El uso de esta medicación es potencialmente inadecuado en adultos mayores, por lo que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlo con precaución o bajo control cuidadoso). Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a la doxepina (3 mg o 6 mg).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.

Grupo de autorización previa	TEPMETKO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TEPMETKO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente, CPCNP con amplificación de transición mesenquimal-epitelial (MET) de alto nivel, cáncer del sistema nervioso central (SNC), incluidas metástasis cerebrales y metástasis leptomeníngicas de CPCNP con mutación del exón 14 de MET
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente, avanzado o metastásico: El tumor es positivo para la mutación que omite el exón 14 de la transición mesenquimal-epitelial (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	COMPRIMIDOS DE TERBINAFINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TERBINAFINA HCL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de la onicomicosis por dermatofitos (tinea unguium), el paciente cumple TODOS los siguientes: 1) el paciente utilizará el medicamento solicitado por vía oral, Y 2) el medicamento solicitado se prescribe para uso no continuo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia por año.

Grupo de autorización previa	TERIPARATIDA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TERIPARATIDA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la osteoporosis posmenopáusica: la paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) puntuación T pretratamiento inferior o igual a -2.5 o puntuación T pretratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura pretratamiento de la Herramienta de Evaluación del Riesgo de Fractura (FRAX) Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) indicadores de mayor riesgo de fractura (por ejemplo, edad avanzada, fragilidad, tratamiento con glucocorticoides, puntuaciones T muy bajas o mayor riesgo de caídas), O b) el paciente ha fracasado en un tratamiento previo con una terapia inyectable para la osteoporosis o es intolerante a ella, O c) el paciente ha sido sometido a un ensayo con bifosfonatos orales de al menos 1 año de duración o existe una razón clínica para evitar el tratamiento con un bifosfonato oral. Para la osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura vertebral o de cadera osteoporótica, O 2) puntuación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o puntuación T previa al tratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura FRAX T Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) el paciente ha fracasado en un tratamiento previo con o es intolerante a una terapia inyectable previa para la osteoporosis, O b) el paciente ha tenido un ensayo con bifosfonatos orales de al menos 1 año de duración o hay una Razón clínica para evitar el tratamiento con bifosfonatos orales. Para la osteoporosis inducida por glucocorticoides: el paciente ha tenido un ensayo con bifosfonato oral de al menos 1 año de duración, a menos que el paciente tenga una contraindicación o intolerancia a un bifosfonato oral, Y el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) una puntuación T previa al tratamiento menor o igual a -2.5, O 3) una puntuación T previa al tratamiento superior a -2.5 y inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura FRAX antes del tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 24 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	Continuación de la terapia: Si el paciente ha recibido 24 meses o más de terapia con cualquier análogo de la hormona paratiroidea: 1) El paciente sigue teniendo o ha vuelto a tener un alto riesgo de fractura, Y 2) El beneficio de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. El paciente tiene una alta probabilidad de fractura FRAX si la probabilidad a 10 años es mayor o igual al 20 por ciento para cualquier fractura osteoporótica importante o mayor o igual al 3 por ciento para una fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7,5 mg (equivalente de prednisona) al día, la puntuación de riesgo estimada generada con FRAX debe multiplicarse por 1,15 para la fractura osteoporótica mayor y por 1,2 para la fractura de cadera.

Grupo de autorización previa	CIPIONATO DE TESTOSTERONA INYECCIÓN - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	DEPO-TESTOSTERONA, CIPIONATO DE TESTOSTERONA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Disforia de género
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, terapia inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matinales bajas de testosterona total en suero confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío")]. Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tiene una concentración matinal baja de testosterona total en suero confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar con la terapia de testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío")]. Para la disforia de género: El paciente puede tomar una decisión informada sobre la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONA ENANTADA INYECCIÓN - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ENANTATO DE TESTOSTERONA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Disforia de género
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, terapia inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matinales bajas de testosterona total en suero confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío"). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tiene una concentración matinal baja de testosterona total en suero confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar con la terapia de testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío"). Para la disforia de género: El paciente puede tomar una decisión informada sobre la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TETRABENAZINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TETRABENAZINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Trastornos de tics, discinesia tardía, hemibalismo, corea no asociada a la enfermedad de Huntington.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de la discinesia tardía y el tratamiento de la corea asociada con la enfermedad de Huntington: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o un evento adverso intolerable a la deutetrabenzina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	THALOMID - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	THALOMID
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Anemia asociada a mielofibrosis, estomatitis aftosa relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sarcoma de Kaposi, enfermedad de Castleman multicéntrica, enfermedad de Rosai-Dorfman, histiocitosis de células de Langerhans
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TIBSOVO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TIBSOVO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cánceres del sistema nervioso central (SNC) (astrocitoma, oligodendroglioma) convencionales (grados 1 a 3) o desdiferenciados
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El paciente tiene una enfermedad con una mutación susceptible de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1). Para la leucemia mieloide aguda (LMA): 1) el paciente tiene leucemia mieloide aguda recientemente diagnosticada y cumple uno de los siguientes requisitos: a) tiene 75 años de edad o más, b) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior a la inducción después de la respuesta a la terapia de inducción con el medicamento solicitado, O 3) el paciente tiene leucemia mieloide aguda recidivante o refractaria. En caso de colangiocarcinoma metastásico, residual macroscópico, irresecable o localmente avanzado: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la progresión durante o después del tratamiento sistémico. Para cánceres del sistema nervioso central: 1) la enfermedad es recurrente o progresiva, Y 2) el paciente tiene oligodendroglioma o astrocitoma.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INHALADOR TOBI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TOBI PODHALER
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Bronquiectasias por fibrosis no quística
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la fibrosis quística y las bronquiectasias por fibrosis no quística: 1) Pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) El paciente tiene antecedentes de infección o colonización de las vías respiratorias por Pseudomonas aeruginosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TOBRAMICINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TOBRAMICINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Bronquiectasias por fibrosis no quística
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la fibrosis quística y las bronquiectasias por fibrosis no quística: 1) Pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) El paciente tiene antecedentes de infección o colonización de las vías respiratorias por Pseudomonas aeruginosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	LIDOCAÍNA TÓPICA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	GLYDO, LIDOCAÍNA, CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	1) El medicamento solicitado se usa para anestesia tópica, Y 2) Si el medicamento solicitado se usará como parte de un producto compuesto, entonces todos los ingredientes activos del producto compuesto están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para uso tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.
Grupo de autorización previa	TACROLIMUS TÓPICO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TACROLIMUS
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Psoriasis en la cara, genitales o pliegues de la piel.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la dermatitis atópica (eczema) de moderada a grave: el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta a zonas sensibles de la piel (por ejemplo, cara, genitales o pliegues cutáneos), O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un agente terapéutico de primera línea (por ejemplo, corticosteroide tópico de potencia media o superior). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se prescribe para uso crónico a corto plazo o no continuo. Tacrolimus 0,03% 2 años de edad o más, Tacrolimus 0,1% 16 años de edad o más.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONAS TÓPICAS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TESTOSTERONA, BOMBA DE TESTOSTERONA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Disforia de género
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, terapia inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matinales bajas de testosterona total en suero confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío"). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tiene una concentración matinal baja de testosterona total en suero confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar con la terapia de testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" (también conocido como "hipogonadismo de inicio tardío"). Para la disforia de género: El paciente puede tomar una decisión informada sobre la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TRETINOÍNA TÓPICA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TRETINOÍNA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TOREMIFENO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CITRATO DE TOREMIFENO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Prolongación congénita/adquirida del intervalo QT (síndrome de QT largo), hipocalcemia no corregida o hipomagnesemia no corregida.
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TRAZIMERA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TRAZIMERA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama recurrente o avanzado no resecable positivo para HER2, metástasis leptomeníngicas de cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma esofágico y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal amplificado en HER2 y con tipo salvaje de RAS y BRAF (incluyendo adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar no resecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, no resecable o recurrente con sobreexpresión de HER2, y cáncer de endometrio positivo para HER2.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) el medicamento solicitado se está utilizando en combinación con carboplatino y paclitaxel y 2) continúa como agente único para terapia de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	TREMFYA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TREMFYA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos comienzos): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10% de la superficie corporal o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TREPROSTINIL INYECCIÓN - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TREPROSTINILO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos comienzos: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar de enclavamiento previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	TRIENTINE - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	CLORHIDRATO DE TRIENTINA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TRIKAFTA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TRIKAFTA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TRINTELLIX - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TRINTELLIX
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el trastorno depresivo mayor (TDM): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos genéricos: inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), mirtazapina, bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRULICITY - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TRULICITY
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	Para el control de la glucemia en la diabetes mellitus tipo 2: 10 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRUQAP - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TRUQAP
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa
Nombres de Medicamentos
Indicador de indicación de AP

Usos no autorizados

TRUXIMA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS

TRUXIMA

Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (nodal, esplénico, linfoma de la zona marginal extranodal), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, transformación histológica de linfomas indolentes a linfoma difuso de células B grandes, transformación histológica de leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL a linfoma difuso de células B grandes, linfoma cutáneo primario de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B], púrpura trombocitopénica idiopática o inmune refractaria (ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de injerto contra huésped crónica (GVHD), síndrome de Sjögren, linfoma trombótico púrpura trombocitopénica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (con predominio linfocítico nodular), linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), metástasis leptomeníngicas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención de la enfermedad de Epstein-Barr relacionada con el virus de Epstein-Barr (VEB), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con inhibidores de puntos de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma tipo Burkitt, el linfoma mediastínico primario de células B grandes) y leucemia aguda pediátrica de células B maduras

Criterio de exclusión

Información médica obligatoria

-
Para artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: a) el medicamento solicitado se usará junto con metotrexato (MTX) O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX, Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: a) respuesta inadecuada, intolerancia, o contraindicación para MTX O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo o un FAME sintético dirigido. Las neoplasias malignas hematológicas deben ser CD20 positivas. Para la esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recurrente, Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad indicados para la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.

Restricciones de edad

Restricciones del médico

Duración de la cobertura

-
Toxicidades relacionadas con inhibidores de puntos de control inmunológico: 3 meses, todos los demás: Año del plan

Otros criterios

-

Grupo de autorización previa	TUKYSA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TUKYSA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama positivo al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) el paciente tiene una enfermedad avanzada, irreseccable o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 3) el paciente tiene una enfermedad de tipo salvaje RAS, Y 4) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab, Y 5) el paciente no ha sido tratado previamente con un inhibidor de HER2.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TURALIO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	TURALIO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la histiocitosis de células de Langerhans: 1) la enfermedad tiene una mutación del receptor del factor 1 estimulante de colonias (CSF1R). Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la enfermedad de Rosai-Dorfman: 1) la enfermedad tiene una mutación CSF1R Y el paciente tiene cualquiera de los siguientes: a) enfermedad sintomática O b) enfermedad en recaída/refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TYENNE - REVISIÓN DEL CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	TYENNE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Enfermedad de Castleman, enfermedad pulmonar intersticial asociada a esclerosis sistémica
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo o a un FAME sintético dirigido.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	UBRELVY - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
Nombres de Medicamentos	UBRELVY
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento agudo de la migraña: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor triptán 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	UCERIS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BUDESONIDA ER
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la inducción de la remisión de la colitis ulcerosa activa de leve a moderada: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos una terapia con ácido 5-aminosalicílico (5-ASA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 2 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VALCHLOR - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VALCHLOR
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia/linfoma de células T del adulto (ATLL) crónico o latente, estadio 2 o superior de micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma cutáneo primario de la zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro del folículo, papulosis linfomatoide (LyP) positiva para CD30 , histiocitosis unifocal de células de Langerhans (HCL) con enfermedad cutánea aislada
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VANFLYTA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VANFLYTA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia mieloide aguda recidivante o refractaria
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide aguda (LMA): La leucemia mieloide aguda (LMA) es positiva para la duplicación interna en tándem (ITD) de la tirosina quinasa 3 (FLT3) similar a FMS.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VELCADE - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	BORTEZOMIB
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de células T del adulto, leucemia linfoblástica aguda, sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin clásico pediátrico, síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.
Grupo de autorización previa	VELSIPITY - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VELSIPITY
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VENCLEXTA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VENCLEXTA, VENCLEXTA STARTING PACK
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Linfoma de células del manto, neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (BPDCN), mieloma múltiple, leucemia mieloide aguda (LMA) recidivante o refractaria, linfoma linfoplasmocítico/macroglobulinemia de Waldenström, amiloidosis sistémica de cadena ligera con translocación t(11:14) recidivante o refractaria, neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica, leucemia linfoblástica aguda de células B/leucemia linfoblástica aguda de células T (LLA-B/LLA-T), leucemia de células pilosas
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia mieloide aguda (LMA): 1) el paciente tiene leucemia mieloide aguda recientemente diagnosticada y cumple uno de los siguientes requisitos: a) tiene 75 años de edad o más, b) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el paciente tiene una enfermedad de riesgo adverso/pobre y es candidato para terapia de inducción intensiva, O 3) el paciente tiene leucemia mieloide aguda recidivante o refractaria. Para la neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides (BPDCN): 1) el paciente tiene una enfermedad sistémica que está siendo tratada con intención paliativa, O 2) el paciente tiene una enfermedad en recaída o refractaria. Para mieloma múltiple: 1) la enfermedad es recurrente o progresiva, Y 2) el medicamento solicitado se usará junto con dexametasona, Y 3) el paciente tiene una translocación t(11:14). Para macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico: 1) el paciente ha tratado previamente una enfermedad que no respondió a la terapia primaria, O 2) el paciente tiene una enfermedad progresiva o recidivante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VEOZAH - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VEOZAH
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VERQUVO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VERQUVO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	En caso de insuficiencia cardíaca crónica sintomática: el paciente tiene una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) inferior al 45 por ciento. Para la terapia inicial, el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: 1) hospitalización por insuficiencia cardíaca en los últimos 6 meses O 2) uso de diuréticos intravenosos ambulatorios para insuficiencia cardíaca en los últimos 3 meses.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VERSACLOZ - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VERSACLOZ
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de un paciente gravemente enfermo con esquizofrenia que no respondió adecuadamente al tratamiento antipsicótico estándar (es decir, esquizofrenia resistente al tratamiento): 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona, Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia , o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VERZENIO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VERZENIO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama recurrente con receptor hormonal (HR) positivo y receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo junto con fulvestrant o un inhibidor de la aromatasa, o como agente único si hay progresión con terapia endocrina previa y quimioterapia previa en el entorno metastásico. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozol, para tumores con receptor de estrógeno positivo.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VIGABATRINA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VIGABATRINA, VIGADRONA, VIGPODER
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones focales con alteración de la conciencia): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con al menos dos fármacos antiepilépticos para las convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones focales con alteración de la conciencia).
Restricciones de edad	Espasmos infantiles: 1 mes a 2 años de edad. Convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones focales con alteración de la conciencia): 2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VIGAFYDE - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VIGAFYDE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	Espasmos infantiles: 1 mes a 2 años
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VITRAKVI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VITRAKVI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tumores sólidos no metastásicos con fusión génica de receptores tirosínicos neurotróficos (NTRK) positivos, tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión génica NTRK positivos.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	En todos los tumores sólidos positivos a la fusión del gen de la tirosina receptora cinasa neurotrófica (NTRK), la enfermedad carece de una mutación conocida de resistencia adquirida.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VIZIMPRO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VIZIMPRO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VONJO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VONJO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VORICONAZOL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VORICONAZOL
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El paciente utilizará el medicamento solicitado por vía oral o intravenosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VOSEVI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VOSEVI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (Child Turcotte Pugh clase B o C).
Información médica obligatoria	Para la hepatitis C: Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en el suero antes de iniciar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas a resistencia cuando corresponda, estado del trasplante si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Association for the Study of Liver Diseases y Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA) (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la guía actual de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VOTRIENT - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	CLORHIDRATO DE PAZOPANIB
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Carcinoma de tiroides (folicular, papilar, oncocítico o medular), sarcoma uterino, condrosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el carcinoma de células renales: 1) la enfermedad está avanzada, en recaída o en estadio IV, O 2) el medicamento solicitado se utilizará para el carcinoma de células renales asociado a von Hippel-Lindau (VHL). Para tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) la enfermedad es residual, irreseccable, recurrente o metastásica/ruptura tumoral Y 2) el paciente cumple uno de los siguientes requisitos: a) la enfermedad ha progresado después de al menos dos terapias aprobadas por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib), b) la enfermedad es GIST deficiente en succinato deshidrogenasa (SDH). Para el sarcoma de tejidos blandos (STB): el paciente no tiene un sarcoma de tejidos blandos adipocítico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VOWST - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	VOWST
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la prevención de la recidiva de la infección por Clostridioides difficile (CDI): 1) El diagnóstico de CDI se ha confirmado mediante una prueba de heces positiva para la toxina de C. difficile, Y 2) El medicamento solicitado se administrará al menos 48 horas después de la última dosis de antibióticos utilizados para el tratamiento de la CDI recurrente.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	WELIREG - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	WELIREG
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XALKORI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	XALKORI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, NSCLC con amplificación elevada de MET o mutación de omisión en el exón 14 de MET, enfermedad de Erdheim-Chester positiva para la fusión con quinasa del linfoma anaplásico (ALK) sintomática o recidivante/refractaria, enfermedad de Rosai-Dorfman positiva para la fusión ALK sintomática o recidivante/refractaria, histiocitosis de células de Langerhans positiva para la fusión ALK, y melanoma cutáneo metastásico o no resecable positivo para la fusión del gen ROS1.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	En el caso del cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes entornos: 1) el paciente tiene CPNM recurrente, avanzado o metastásico con quinasa de linfoma anaplásico (ALK) positiva Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib), O 3) el paciente tiene CPNM recurrente, avanzado o metastásico con ROS-1 positivo, O 4) el paciente tiene CPNM con amplificación de MET de alto nivel o mutación de omisión del exón 14 de MET. En el caso del tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT), la enfermedad es ALK positiva. Para el linfoma anaplásico de células grandes (ALCL): 1) la enfermedad es recidivante o refractaria, Y 2) la enfermedad es ALK positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XDEMVY - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	XDEMVY
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XELJANZ - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	XELJANZ, XELJANZ XR
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para artritis psoriásica activa (solo nuevos comienzos): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un inhibidor del TNF (por ejemplo, adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]) Y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con un FAME no biológico. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para artritis idiopática juvenil de curso poliarticular activo (solo para nuevos pacientes): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XERMELO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	XERMELO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XGEVA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	XGEVA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la hipercalcemia de una enfermedad maligna: la afección es refractaria al tratamiento con bifosfonatos intravenosos (IV) o existe una razón clínica para evitar el tratamiento con bifosfonatos intravenosos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.
Grupo de autorización previa	XHANCE - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	XHANCE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con el aerosol nasal genérico de fluticasona.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XIFAXAN - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	XIFAXAN
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el síndrome del intestino irritable con diarrea (SII-D): 1) El paciente no ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado O 2) El paciente ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado Y a) el paciente está experimentando una recurrencia de los síntomas Y b) el paciente no ha recibido ya un tratamiento inicial de 14 días y dos tratamientos adicionales de 14 días con el medicamento solicitado. Para el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO): 1) el paciente está experimentando una recurrencia después de completar un ciclo de tratamiento exitoso con el medicamento solicitado O 2) el diagnóstico ha sido confirmado por uno de los siguientes: a) cultivo cuantitativo de aspirado del intestino superior, b) prueba de aliento (por ejemplo, prueba de aliento con hidrógeno de lactulosa o hidrógeno de glucosa).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Reducción del riesgo de recurrencia manifiesta de HE: 6 meses, SII-D y SIBO: 14 días
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XOLAIR - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	XOLAIR
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el asma persistente de moderada a grave, tratamiento inicial (tx): 1) El paciente (pt) tiene una prueba cutánea (o análisis de sangre) positiva para al menos un aeroalergeno perenne, 2) El paciente tiene un nivel basal de inmunoglobulina E (IgE) mayor o igual a 30 unidades internacionales por mililitro (UI/mL), Y 3) El paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos: a) Corticosteroides inhalados de dosis media a alta, Y b) Controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para asma persistente moderada a grave, continuación del tratamiento (COT): El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción en la frecuencia y/o gravedad de los síntomas (sx) y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento de corticosteroides orales. Para la urticaria crónica espontánea (UCE), terapia inicial: 1) El paciente ha sido evaluado para detectar otras causas de urticaria, incluido el angioedema relacionado con bradisinina y los síndromes urticariales asociados a interleucina-1 (IL-1) (p. ej., trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial), 2) El paciente ha experimentado una aparición espontánea de ronchas, angioedema o ambos durante al menos 6 semanas, Y 3) El paciente permanece sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1. Para CSU, COT: El paciente ha experimentado un beneficio (p. ej., mejoría de los síntomas) desde el inicio del tratamiento. Para la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP): 1) El medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario, Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con Xhance (fluticasona). Para la alergia alimentaria mediada por IgE, tratamiento inicial: El paciente tiene un nivel basal de IgE mayor o igual a 30 UI/ml. Para la alergia alimentaria mediada por IgE, COT: El paciente ha experimentado un beneficio evidenciado por una disminución de la hipersensibilidad (por ejemplo, síntomas cutáneos, respiratorios o gastrointestinales de moderados a severos) al alérgeno alimentario.
Restricciones de edad	CSU: 12 años de edad o más. Asma: 6 años de edad o más. CRSwNP: 18 años de edad o más. Alergia alimentaria mediada por IgE: 1 año de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial del CSU: 6 meses, todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XOSPATA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	XOSPATA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento FLT3
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la tirosina cinasa 3 (FLT3) similar a FMS: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XPOVIO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	XPOVIO, XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA, XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células B relacionado con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), linfoma de células B de alto grado, trastornos linfoproliferativos postrasplante
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para mieloma múltiple: El paciente debe haber sido tratado con al menos una terapia previa. Para linfomas de células B: El paciente debe haber sido tratado con al menos dos líneas de terapia sistémica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XTANDI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	XTANDI
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración o del cáncer de próstata metastásico sensible a la castración: El medicamento solicitado se utilizará junto con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XYREM - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	OXIBATO DE SODIO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: 1) El diagnóstico ha sido confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño, Y 2) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) si el paciente tiene 17 años de edad o menos, ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un fármaco estimulante del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de fármacos estimulantes del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), b) Si el paciente tiene 18 años de edad o más, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un fármaco que promueve la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de fármacos que promueven la vigilia en el sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para el tratamiento de cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: El diagnóstico ha sido confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Si la solicitud es para continuar la terapia, entonces el paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia.
Restricciones de edad	7 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZARXIO - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ZARXIO
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (SMD), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome hematopoyético del síndrome de radiación aguda
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Si recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir los dos requisitos siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o un cáncer no mielóide, Y 2) El paciente ha recibido, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia anticancerosa mielosupresora.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZEJULA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ZEJULA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leiomioma uterino
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el leiomioma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como terapia de segunda línea, Y 2) la paciente tiene la enfermedad alterada por el BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZELBORAF - REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de Medicamentos	ZELBORAF
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas, leucemia de células peludas, cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, glioblastoma, glioma difuso de alto grado pediátrico), terapia sistémica adyuvante para melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, astrocitoma, glioblastoma, glioma pediátrico difuso de alto grado): 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) El medicamento solicitado se usará en combinación con cobimetinib O el medicamento solicitado se está usando para el tratamiento del glioma difuso de alto grado pediátrico. Para melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con binimetinib, Y 3) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante. Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la histiocitosis de células de Langerhans: El tumor es positivo para la mutación BRAF V600. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) El paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZIRABEV - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ZIRABEV
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, cáncer de mama, cánceres del sistema nervioso central (SNC) (incluidos los gliomas pediátricos difusos de alto grado), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal de los testículos, sarcomas de tejidos blandos, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, cánceres de vulva, adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluidos los subtipos de coroidopatía polipoidea y proliferación angiomasosa retiniana, edema macular después de la oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.
Grupo de autorización previa	ZOLINZA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ZOLINZA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Micosis fungoide (MF)/Síndrome de Sézary (SS)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZONISADE - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ZONISADE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento complementario de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un anticonvulsivo genérico Y el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri, Spritam O 2) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., tabletas, cápsulas).
Restricciones de edad	16 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZTALMY - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ZTALMY
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	-
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZURZUVAE - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ZURZUVAE
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el tratamiento de la depresión posparto (DPP): el diagnóstico se confirmó utilizando escalas de calificación estandarizadas que miden de manera confiable los síntomas depresivos (por ejemplo, Escala de calificación de depresión de Hamilton [HDRS], Escala de depresión posparto de Edimburgo [EPDS], Cuestionario de salud del paciente 9 [PHQ9], Escala de calificación de depresión de Montgomery-Asberg [MADRS], Inventario de depresión de Beck [BDI], etc.).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZYDELIG - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ZYDELIG
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas Linfoma linfocítico pequeño (SLL)
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para la leucemia linfocítica crónica (LLC)/linfoma linfocítico pequeño (LLP): el medicamento solicitado se utiliza como terapia de segunda línea o posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZYKADIA - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ZYKADIA
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK) recurrente, CPCNP positivo para ROS1 recurrente, avanzado o metastásico, enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT), metástasis cerebrales de CPCNP, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) positivo para ALK recidivante o refractario
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) el paciente tiene linfoma anaplásico quinasa (ALK) recurrente, avanzado o metastásico positivo Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib) O 3) Enfermedad ROS1 positiva. Para el tumor miofibroblástico inflamatorio: la enfermedad es ALK positiva. Para metástasis cerebrales de CPCNP: el paciente tiene CPCNP ALK positivo. En el caso del linfoma anaplásico de células grandes (ALCL): el paciente tiene enfermedad ALK positiva en recaída o refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZYPREXA RELPREVV - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
Nombres de Medicamentos	ZYPREXA RELPREVV
Indicador de indicación de AP	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatoria	Se ha establecido la tolerabilidad de la olanzapina oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-