

## **Criterios de PA**

**Grupo de autorización previa**

ABILIFY MYCITE

**Nombres de medicamentos**

ABILIFY MYCITE DE MANTENIMIENTO, ABILIFY MYCITE KIT DE INICIO

**Indicador de indicación de PA**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

**Usos no aprobados**

-

**Criterios de exclusión**

-

**Información médica requerida**

Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados al trastorno bipolar I: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la marca Vraylar. Para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento complementario del trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Rexulti, Vraylar.

**Restricciones de edad**

-

**Restricciones de la persona que receta**

-

**Duración de la cobertura**

Año del plan

**Otros criterios**

-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ABIRATERONA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ACETATO DE ABIRATERONA, ZYTIGA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de próstata con afectación ganglionar (N1) no metastásico (M0); cáncer de próstata de riesgo muy alto; cáncer de próstata de riesgo alto no metastásico; cáncer de próstata no metastásico con persistencia/recurrencia de antígeno prostático específico (prostate-specific antigen, PSA) después de una prostatectomía radical
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin-releasing hormone, GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ACITRETINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ACITRETINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Prevención de tipos de cáncer de piel distintos del melanoma en individuos de alto riesgo, liquen plano, queratosis folicular (enfermedad de Darier)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para metotrexato o ciclosporina.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ACTEMRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ACTEMRA, ACTEMRA ACTPEN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Enfermedad de Castleman
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción prolongada). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción prolongada). Para la arteritis de células gigantes (giant cell arteritis, GCA) y la artritis idiopática juvenil sistémica (systemic juvenile idiopathic arthritis, sJIA) (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado un evento adverso intolerable a Tyenne (tocilizumab-aazg) y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información del prospecto.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ACTHAR HP
<b>Nombres de medicamentos</b>	ACTHAR, ACTHAR GEL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para los siguientes diagnósticos, el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con un glucocorticoide parenteral u oral (solo para enfermedades oftálmicas, también es aceptable una respuesta insuficiente a una prueba de un glucocorticoide oftálmico tópico): 1) Para trastornos reumáticos (p. ej., artritis psoriásica, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante): El medicamento solicitado debe usarse como tratamiento complementario; 2) Para el síndrome nefrótico: el medicamento solicitado debe solicitarse para la inducción de la diuresis o para la remisión de la proteinuria; 3) Para la esclerosis múltiple (multiple sclerosis, MS): el paciente tiene una reagudización de la MS; 4) Enfermedades del colágeno (p. ej., lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis o polimiositis); 5) Enfermedades dermatológicas (p. ej., eritema multiforme grave, síndrome de Stevens-Johnson); 6) Enfermedades oftálmicas, agudas o crónicas (p. ej., iritis, queratitis, neuritis óptica); 7) Sarcoidosis sintomática; 8) Enfermedad del suero. Para espasmos infantiles (infantile spasms, IS): para la continuación del tratamiento, el paciente debe mostrar un beneficio clínico sustancial del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	Para espasmos infantiles (infantile spasms, IS), solicitud inicial: el paciente tiene menos de 2 años de edad
<b>Restricciones de persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	IS: 6 meses; exacerbación de la MS: 3 semanas; enfermedad del suero: 1 mes; todos los demás diagnósticos: 3 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ACTIMMUNE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ACTIMMUNE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Micosis fungoide, síndrome de Sézary
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ADAKVEO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ADAKVEO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	16 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	ADAPALENO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ADAPALENO, ADAPALENO/PERÓXIDO DE BENZOILO, CABTREO, DIFFERIN, EPIDUO, EPIDUO FORTE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ADBRY
<b>Nombres de medicamentos</b>	ADBRY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la dermatitis atópica, tratamiento inicial: 1) el paciente tiene una enfermedad de moderada a grave; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento con un corticoesteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina, O los corticoesteroides tópicos y los inhibidores tópicos de la calcineurina no son aconsejables para el paciente. Para la dermatitis atópica, continuación del tratamiento: el paciente alcanzó o mantuvo una respuesta clínica positiva.
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ADEMPAS
<b>Nombres de medicamentos</b>	ADEMPAS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para pacientes con PAH solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood. Para la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (chronic thromboembolic pulmonary hypertension, CTEPH) (grupo 4 conforme a la OMS): 1) El paciente tiene CTEPH persistente o recurrente después de una endarterectomía pulmonar (pulmonary endarterectomy, PEA); O 2) el paciente tiene CTEPH inoperable con el diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho Y tomografía computarizada (computed tomography, CT), resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) o angiografía pulmonar.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ADLARITY
<b>Nombres de medicamentos</b>	ADLARITY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Demencia vascular
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente no puede tomar formas de dosificación por vía oral (p. ej., dificultad para tragar comprimidos o cápsulas). Para la demencia de Alzheimer: el paciente experimentó una respuesta insuficiente, intolerancia o tiene una contraindicación al parche transdérmico de rivastigmina.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ADZYNMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ADZYNMA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la púrpura trombocitopénica trombótica congénita (congenital thrombotic thrombocytopenic purpura, cTTP), inicial: El diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas o ensayo enzimático con mutaciones bialélicas en el gen ADAMTS13. Para la cTTP, continuación: El paciente responde al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	AIMOVIG
<b>Nombres de medicamentos</b>	AIMOVIG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba durante 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría probar durante 4 semanas cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes 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 de los días con migraña al mes con respecto al inicio.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	AJOVY
<b>Nombres de medicamentos</b>	AJOVY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba durante 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría probar durante 4 semanas cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes 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 de los días con migraña al mes con respecto al inicio.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	AKEEGA
<b>Nombres de medicamentos</b>	AKEEGA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin-releasing hormone, GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	AKLIEF
<b>Nombres de medicamentos</b>	AKLIEF
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el acné vulgar: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el retinoide tópico genérico.
<b>Restricciones de edad</b>	9 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	ALBENDAZOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALBENDAZOL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Ascariasis, tricuriasis, microsporidiosis
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Hidatidosis, microsporidiosis: 6 meses; todas las demás indicaciones: 1 mes
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ALDURAZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALDURAZYME
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para mucopolisacaridosis de tipo 1 (MPS 1): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima alfa-L-iduronidasa o mediante pruebas genéticas. Los pacientes con el tipo de Scheie (es decir, MPS 1 H atenuada) deben tener síntomas de moderados a graves.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ALECENSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALECENSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK), metástasis cerebral de NSCLC positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes (anaplastic large-cell lymphoma, ALCL) positivo para ALK, enfermedad de Erdheim-Chester (Erdheim-Chester Disease, ECD) con fusión de ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorias (inflammatory myofibroblastic tumors, IMT) con translocación de ALK, linfoma de células B grandes positivo para ALK
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la extirpación del tumor.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ALKINDI
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALKINDI SPRINKLE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la insuficiencia corticosuprarrenal: 1) El paciente requiere una concentración que no está disponible en comprimidos de hidrocortisona (p. ej., 0.5 mg, 1 mg o 2 mg); O 2) el paciente tiene dificultad para tragar comprimidos de hidrocortisona.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ALOSETRÓN
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORHIDRATO DE ALOSETRÓN, LOTRONEX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el síndrome del colon irritable (irritable bowel syndrome, IBS) con predominio de diarrea grave: 1) El medicamento solicitado se receta para una mujer biológica o una persona que se autoidentifica como mujer; 2) síntomas crónicos del IBS que duran al menos 6 meses; 3) se descartaron anomalías del tracto gastrointestinal; Y 4) respuesta insuficiente a un tratamiento convencional (p. ej., antiespasmódicos, antidepresivos, antidiarreicos).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	INHIBIDOR DE LA ENDOPEPTIDASA ALFA-1
<b>Nombres de medicamentos</b>	ARALAST NP, GLASSIA, PROLASTINA-C, ZEMAIRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la insuficiencia del inhibidor de la endopeptidasa alfa-1: El paciente debe tener 1) enfisema clínicamente evidente; Y 2) niveles del inhibidor de la endopeptidasa alfa-1 sérica previo al tratamiento inferior a 11 micromol/l (80 miligramos por decilitro [mg/dl] por inmunodifusión radial o 50 mg/dl por nefelometría).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ALPRAZOLAM ER
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALPRAZOLAM ER, XANAX XR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno de pánico: 1) El medicamento solicitado se está utilizando en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI), hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para tratar los síntomas del trastorno de pánico; O el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS fármacos de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI); Y 2) la persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	4 meses
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
<b>Grupo de autorización previa</b>	ALUNBRIG
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALUNBRIG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK); metástasis cerebral de NSCLC positivo para ALK; tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK; enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) la enfermedad es positiva para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ALVAIZ
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALVAIZ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la trombocitopenia inmunitaria (immune thrombocytopenia, ITP) crónica o persistente (inicio nuevo): 1) El paciente (pt) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo, como corticosteroides o inmunoglobulinas; Y 2) el recuento de plaquetas (plt) no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O de 30,000/mcl a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad ulcerosa péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para la ITP (continuación): respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) El recuento actual de plaquetas es menor o igual a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es mayor a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl, y la dosificación se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar sangrados importantes a nivel clínico. Para la trombocitopenia asociada con la hepatitis C crónica (inicio nuevo): el medicamento solicitado se utiliza para iniciar y mantener el tratamiento con interferón. Para trombocitopenia relacionada con la hepatitis C crónica (continuación): el paciente recibe tratamiento con interferón. Para la anemia aplásica (AA) grave (inicio nuevo): El paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento inmunodepresor.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Virus de la hepatitis C (VHC): 6 meses, comienzo de ITP/AA: 6 meses, nueva autorización para la ITP: Año del plan, nueva autorización de AA: APR-Año del plan, IPR-16 semanas)
<b>Otros criterios</b>	Para la AA grave (continuación): 1) El recuento actual de plaquetas es de 50,000/mcl a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es inferior a 50,000/mcl y el paciente no recibió el tratamiento ajustado de forma correcta durante al menos 16 semanas; O 3) el recuento actual de plaquetas es inferior a 50,000/mcl y el paciente no depende de transfusiones; O 4) el recuento actual de plaquetas es superior a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará para lograr y mantener un recuento objetivo adecuado de plaquetas. APR: respuesta plaquetaria suficiente (más de 50,000/mcl), IPR: respuesta plaquetaria insuficiente (menos de 50,000/mcl).

<b>Grupo de autorización previa</b>	ALYMSYS
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALYMSYS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Adenocarcinoma ampoloso, adenocarcinoma apendicular, cáncer de mama, cánceres del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) (incluidos los gliomas pediátricos de alto grado difusos), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal del testículo, sarcomas de tejido blando, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, cánceres de vulva, adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos relacionados con lo oftálmico: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluida la coroidopatía polipoidal y los subtipos de proliferación angiomasos retinianos, edema macular después de la oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía de la prematuridad.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones, excepto los trastornos relacionados con lo oftálmico: El paciente tuvo un acontecimiento adverso intolerable a Zirabev, y ese acontecimiento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información para prescribir.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	AMBRISENTÁN
<b>Nombres de medicamentos</b>	AMBRISENTÁN, LETAIRIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para pacientes con PAH solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ANFETAMINAS
<b>Nombres de medicamentos</b>	ADDERALL, ADDERALL XR, ADZENYS XR-ODT, ANFETAMINA/DEXTROANFETA, DEXEDRINA, SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, DYANAVEL XR, MYDAYIS, XELSTRYM, ZENZEDI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA); O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	AMVUTTRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	AMVUTTRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por transtirretina (TTR), tratamiento inicial: El paciente resulta positivo para una mutación del gen TTR y muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., depósitos de amiloide en muestras de biopsia, variantes proteicas de TTR en suero, polineuropatía sensorial-motora periférica progresiva). Para polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por TTR, continuación del tratamiento: El paciente demuestra una respuesta favorable al tratamiento (p. ej., mejora de la gravedad de la neuropatía y la tasa de evolución de la enfermedad).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	APOKYN
<b>Nombres de medicamentos</b>	APOKYN, APOMORPHINE HYDROCHLORIDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de episodios sintomáticos en la enfermedad de Parkinson, continuación: El paciente está experimentando una mejora con el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-

<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ARANESP
<b>Nombres de medicamentos</b>	ARANESP SIN ALBÚMINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Anemia en pacientes con síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndrome, MDS)
<b>Criterios de exclusión</b>	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mieloide.
<b>Información médica requerida</b>	Los requisitos con respecto a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) Para la anemia debido a la enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD): el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [transferrin saturation, TSAT] superior o igual al 20%); Y 2) para todos los usos: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dl antes del tratamiento (sin un tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior); Y 3) para la anemia en pacientes con síndrome mielodisplásico (MDS): el nivel de eritropoyetina (EPO) sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/l o menos. Para las nuevas autorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos: 1) El paciente recibió 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 la CKD: el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	16 semanas
<b>Otros criterios</b>	La cobertura de la Parte D se rechazará si la cobertura está disponible en virtud de la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y entrega o suministra para el individuo (p. ej., se utiliza para el tratamiento de la anemia en un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se proporciona del suministro médico como parte de un servicio médico).
<b>Grupo de autorización previa</b>	ARAZLO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ARAZLO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	9 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	ARCALYST
<b>Nombres de medicamentos</b>	ARCALYST
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Prevención de crisis de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para disminuir los niveles de urato
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la prevención de crisis de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para disminuir los niveles de urato (p. ej., allopurinol) (de inicio nuevo): 1) dos o más crisis de gota dentro de los 12 meses anteriores, Y 2) respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y colchicine Y 3) uso simultáneo con un tratamiento para disminuir los niveles de urato. Para la prevención de crisis de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para disminuir los niveles de urato (p. ej., allopurinol) (continuación): 1) el paciente debe haber alcanzado o mantenido un beneficio clínico (es decir, una cantidad menor de ataques de gota o menos días de crisis) en comparación con el inicio Y 2) el uso continuo de un tratamiento para disminuir los niveles de urato en simultáneo con el medicamento solicitado. Para la pericarditis recurrente: el paciente debe haber tenido una respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un AINE y colchicine.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ARIKAYCE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ARIKAYCE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	ARMODAFINILO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ARMODAFINILO, NUVIGIL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la somnolencia excesiva asociada con narcolepsia: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada con apnea del sueño obstructiva (obstructive sleep apnea, OSA): El diagnóstico se confirmó mediante polisomnografía.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ASPARLAS
<b>Nombres de medicamentos</b>	ASPARLAS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	De 21 años de edad o menos
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ASPRUZYO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ASPRUZYO SPRINKLE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la angina crónica: 1) El paciente probó comprimidos de ranolazina; O 2) el paciente no puede tomar comprimidos de ranolazina por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar comprimidos, requiere administración nasogástrica).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	AUBAGIO
<b>Nombres de medicamentos</b>	AUBAGIO, TERIFLUNOMIDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	AUGTYRO
<b>Nombres de medicamentos</b>	AUGTYRO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	AUSTEDO
<b>Nombres de medicamentos</b>	AUSTEDO, AUSTEDO XR, AUSTEDO XR AJUSTE DE LA DOSIS PARA PACIENTE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Síndrome de Tourette
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	AUVELITY
<b>Nombres de medicamentos</b>	AUVELITY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina o bupropión.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	AVASTIN
<b>Nombres de medicamentos</b>	AVASTIN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Adenocarcinoma ampoloso, adenocarcinoma apendicular, cáncer de mama, cánceres del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) (incluidos los gliomas pediátricos de alto grado difusos), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal del testículo, sarcomas de tejido blando, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, cánceres de vulva, adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos relacionados con lo oftálmico: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluida la coroidopatía polipoidal y los subtipos de proliferación angiomasos retinianos, edema macular después de la oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía de la prematuridad.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones, excepto los trastornos relacionados con lo oftálmico: El paciente tuvo un acontecimiento adverso intolerable a Zirabev, y ese acontecimiento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información para prescribir.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

<b>Grupo de autorización previa</b>	AVEED
<b>Nombres de medicamentos</b>	AVEED
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Disforia de género
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género, el paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	AVONEX
<b>Nombres de medicamentos</b>	AVONEX, PLUMA DE AVONEX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	AVSOLA
<b>Nombres de medicamentos</b>	AVSOLA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Síndrome de Behcet; hidrosadenitis supurativa; artritis idiopática juvenil; piodermia gangrenosa; sarcoidosis; arteritis de Takayasu; uveítis.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) El paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida; O b) el paciente experimentó intolerancia o contraindicación al MTX Y a la leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placa de moderada a grave (inicio nuevo únicamente): 1) Al menos el 3% del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O ciertas áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O 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 ciertas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] se ven afectados).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para la hidrosadenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación cuando probó un tratamiento inmunodepresor para la uveítis. Para todas las indicaciones: El paciente experimentó un evento adverso intolerable a Renflexis, y este evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción.

<b>Grupo de autorización previa</b>	AYVAKIT
<b>Nombres de medicamentos</b>	AYVAKIT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST) para enfermedad residual, irresecable, con rotura tumoral, recurrente o metastásica sin mutación del exón 18 del receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas alfa (platelet-derived growth factor receptor alpha, PDGFRA).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, el paciente cumple todos los criterios siguientes: 1) La enfermedad es positiva para la reordenación del PDGFRA FIP1L1; Y 2) la enfermedad alberga una mutación D842V del PDGFRA; Y 3) la enfermedad es resistente al imatinib. Para el GIST, el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) La enfermedad alberga la mutación del exón 18 del PDGFRA, incluidas una mutación D842V del PDGFRA; O 2) el medicamento solicitado se utilizará después del fracaso en al menos dos tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) en la enfermedad residual, irresecable, con rotura tumoral, recurrente o metastásica sin mutación del exón 18 del PDGFRA. Para la mastocitosis sistémica: 1) El paciente tiene un diagnóstico de mastocitosis sistémica de escasa malignidad o mastocitosis sistémica avanzada (incluida mastocitosis sistémica agresiva [aggressive systemic mastocytosis, ASM], mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada [systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm, SM-AHN] y leucemia mastocítica [mast cell leukemia, MCL]); Y 2) el paciente tiene un recuento plaquetario de 50,000/microlitro (mcl).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	AZELEX CREMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	AZELEX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el acné vulgar: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación a un producto tópico genérico para el acné (p. ej., clindamicina tópica, eritromicina tópica, retinoides tópicos).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	AZSTARYS
<b>Nombres de medicamentos</b>	AZSTARYS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o el trastorno por déficit de atención (TDA): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un producto genérico de anfetamina o un producto genérico de metilfenidato.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

**Grupo de autorización previa**  
**Nombres de medicamentos**

B VS. D

ABELCET, ABRAXANE, ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, AKYNZEO, ALBUTEROL SULFATE, ALIMTA, AMBISOME, AMPHOTERICIN B, AMPHOTERICIN B LIPOSOME, APREPITANT, ARFORMOTEROL TARTRATE, ARZERRA, ASTAGRAF XL, ATGAM, AZACITIDINE, AZASAN, AZATHIOPRINE, BENDAMUSTINE HYDROCHLORID, BENDEKA, BLEOMYCIN SULFATE, BROVANA, BUDESONIDE, CALCITONIN SALMON, CALCITONIN-SALMON, CALCITRIOL, CAMPTOSAR, CARBOPLATIN, CARNITOR, CELLCEPT, CINACALCET HYDROCHLORIDE, CISPLATIN, CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 1, CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5, CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 %, CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 %, CLINIMIX 6/5, CLINIMIX 8/10, CLINIMIX 8/14, CLINIMIX E 2.75 %/DEXTROSE, CLINIMIX E 4.25 %/DEXTROSE, CLINIMIX E 5 %/DEXTROSE 15, CLINIMIX E 5 %/DEXTROSE 20, CLINIMIX E 8/10, CLINIMIX E 8/14, CLINISOL SF 15 %, CLINOLIPID, CLONIDINE HYDROCHLORIDE, CROMOLYN SODIUM, CYCLOPHOSPHAMIDE, CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR, CYCLOSPORINE, CYCLOSPORINE MODIFIED, CYTARABINE, CYTARABINE AQUEOUS, CYTOGAM, DACARBAZINE, DECITABINE, DEPO-MEDROL, DEXRAZOXANE, DEXTROSE 50 %, DEXTROSE 70 %, DILAUDID, DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID, DOCETAXEL, DOXERCALCIFEROL, DOXIL, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, DUOPA, DURACLON, ELITEK, ELLENCE, EMEND, EMEND TRIPACK, ENGERIX-B, ENVARUSUS XR, EPOPROSTENOL SODIUM, ERBITUX, ERIBULIN MESYLATE, ETOPOPHOS, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FASLODEX, FIASP PUMPCART, FLOLAN, FLUDARABINE PHOSPHATE, FLUOROURACIL, FORMOTEROL FUMARATE, FOSCARNET SODIUM, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINE HCL, GEMCITABINE HYDROCHLORIDE, GENGRAF, GRANISETRON HYDROCHLORIDE, HALAVEN, HEPAGAM B, HEPARIN SODIUM, HEPLISAV-B, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, HYDROMORPHONE HCL, HYDROMORPHONE HYDROCHLORI, IBANDRONATE SODIUM, IFEX, IFOSFAMIDE, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), IMURAN, INTRALIPID, IPRATROPIUM BROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUT, IRINOTECAN, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE, IXEMPRA KIT, JYLAMVO, JYNNEOS, KABIVEN, KADCYLA, KENALOG-10, KENALOG-40, KENALOG-80, KHAPZORY, LEUCOVORIN CALCIUM, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, LEVALBUTEROL HYDROCHLORID, LEVOCARNITINE, LEVOLEUCOVORIN, LEVOLEUCOVORIN CALCIUM, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE, LIDOCAINE/PRILOCAINE, MARINOL, MEDROL, METHOTREXATE, METHOTREXATE SODIUM, METHYLPREDNISOLONE, METHYLPREDNISOLONE ACETAT, METHYLPREDNISOLONE SODIUM, MIACALCIN, MITOMYCIN, MITOXANTRONE HCL, MORPHINE SULFATE, MORPHINE SULFATE/SODIUM C, MYCOPHENOLATE MOFETIL, MYCOPHENOLIC ACID DR, MYFORTIC, MYHIBBIN, NEBUPENT, NEORAL, NIPENT, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, ONDANSETRON HYDROCHLORIDE, ONDANSETRON ODT, ONIVYDE, ORAPRED ODT, OXALIPLATIN, PACLITAXEL,



PACLITAXEL PROTEIN-BOUND, PAMIDRONATE DISODIUM, PARICALCITOL, PEDIAPRED, PEMETREXED, PEMRYDI RTU, PENTAMIDINE ISETHIONATE, PERFOROMIST, PLENAMINE, PREDNISOLONE, PREDNISOLONE SODIUM PHOSP, PREDNISONA, PREDNISONA INTENSOL, PREHEVBRIO, PREMASOL, PROGRAF, PROSOL, PULMICORT, RABAVERT, RAPAMUNE, RAYOS, RECLAST, RECOMBIVAX HB, ROCALTROL, SANDIMMUNE, SENSIPAR, SIROLIMUS, SMOFLIPID, SOLU-MEDROL, TACROLIMUS, TDVAX, TEMSIROLIMUS, TENIVAC, TOPOTECAN HCL, TOPOTECAN HYDROCHLORIDE, TORISEL, TPN ELECTROLYTES, TRAVASOL, TREANDA, TREXALL, TRIAMCINOLONE ACETONIDE, TROPHAMINE, VALRUBICIN, VALSTAR, VARUBI, VECTIBIX, VELETRI, VIDAZA, VINBLASTINE SULFATE, VINCRISTINE SULFATE, VINOELBINE TARTRATE, XATMEP, XYLOCAINE, XYLOCAINE-MPF, ZEMPLAR, ZILRETTA, ZOLEDRONIC ACID, ZORTRESS

<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	N/C
<b>Otros criterios</b>	Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare, según el caso. Para tomar una determinación, es posible que deba presentar información que describa el uso y el entorno del medicamento.
<b>Grupo de autorización previa</b>	BACLOFENO
<b>Nombres de medicamentos</b>	BACLOFENO, OZOBAX DS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente no puede tomar formas de dosificación sólidas por vía oral por algún motivo (p. ej., dificultad para tragar comprimidos o cápsulas, necesidad de administración mediante sonda de alimentación).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BAFIERTAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	BAFIERTAM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BALVERSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BALVERSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma urotelial: 1) la enfermedad tiene alteraciones genéticas susceptibles del receptor del factor de crecimiento fibroblástico 3 (fibroblast growth factor receptor 3, FGFR3); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para cualquiera de los siguientes: a) carcinoma urotelial localmente avanzado, recurrente o metastásico; O b) carcinoma urotelial de la vejiga en estadio II-IV, recurrente o persistente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BANZEL
<b>Nombres de medicamentos</b>	BANZEL, RUFINAMIDA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	1 año de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BAVENCIO
<b>Nombres de medicamentos</b>	BAVENCIO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neoplasia trofoblástica gestacional, carcinoma endometrial
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma urotelial, el medicamento solicitado se utilizará como cualquiera de los siguientes: 1) tratamiento de mantenimiento si no se observa evolución con la quimioterapia de primera línea con platino; O 2) tratamiento posterior. Para el carcinoma de células renales: 1) la enfermedad está avanzada, es recidivante o está en estadio IV; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con axitinib como tratamiento de primera línea. Para la neoplasia trofoblástica gestacional, el medicamento solicitado se utilizará para la enfermedad resistente a la quimioterapia con múltiples fármacos. Para el carcinoma endometrial: 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior; Y 2) la enfermedad con inestabilidad de microsatélites alta (microsatellite instability-high, MSI-H) recurrente o con alteración de la vía reparadora de emparejamiento (mismatch repair deficient, dMMR).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BELBUCA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BELBUCA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia drepanocítica, una afección terminal o el dolor que se maneja mediante cuidados paliativos; O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El medicamento solicitado se receta para el dolor intenso y lo suficientemente persistente como para requerir un período de tratamiento extendido 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 en función de sus antecedentes de uso de opioides (Nota: Este medicamento debe recetarse solo por profesionales de atención médica que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el manejo del dolor crónico); Y 3) el paciente fue evaluado y se lo controlará para detectar el desarrollo de trastorno por uso de opioides; Y 4) esta solicitud es para continuar el tratamiento en un paciente que ha estado recibiendo un opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días, O el paciente tomó un opioide de absorción lenta durante al menos una semana.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BELEODAQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	BELEODAQ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Leucemia/linfoma de linfocitos T adultos, NK extraganglionar/linfoma de linfocitos T, linfoma de linfocitos T hepatoesplénicos, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado con implantes mamarios.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BENLYSTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BENLYSTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Para los pacientes que recién comienzan el tratamiento: lupus del sistema nervioso central activo grave.
<b>Información médica requerida</b>	Para el lupus eritematoso diseminado (systemic lupus erythematosus, SLE): 1) el paciente actualmente recibe un régimen estable de tratamiento estándar para el SLE (p. ej., corticoesteroides, antipalúdicos o AINE); O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento estándar para el SLE. Para la nefritis lúpica: 1) el paciente actualmente recibe un régimen estable de tratamiento estándar para la nefritis lúpica (p. ej., corticoesteroides, ciclofosfamida, mofetilo de micofenolato o azatioprina); O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento estándar para la nefritis lúpica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BEOVU
<b>Nombres de medicamentos</b>	BEOVU
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

<b>Grupo de autorización previa</b>	BERINERT
<b>Nombres de medicamentos</b>	BERINERT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de ataques agudos debido a angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio O 2) el paciente tiene HAE con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferase 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (myoferlin, MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BESPONSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BESPONSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia linfoblástica aguda (acute lymphoblastic leukemia, ALL) precursora de células B: El tumor es positivo para CD22, según lo confirmado por pruebas o análisis para identificar la proteína CD22 en la superficie de las células B.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BESREMI
<b>Nombres de medicamentos</b>	BESREMI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BETASERÓN
<b>Nombres de medicamentos</b>	BETASERÓN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BEXAROTENO
<b>Nombres de medicamentos</b>	BEXAROTENO, TARGRETINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS); linfoma anaplásico primario de células grandes (ALCL) cutáneas positivas para CD30; papulosis linfomatoide (lymphomatoid papulosis, LyP) positiva para CD30
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BIMZELX
<b>Nombres de medicamentos</b>	BIMZELX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BOSENTÁN
<b>Nombres de medicamentos</b>	BOSENTÁN, TRACLEER
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para pacientes con PAH de solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) si la solicitud es para un paciente adulto, el paciente debe cumplir con las dos condiciones a continuación: a) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood; y b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para ambrisentán (Letairis).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BOSULIF
<b>Nombres de medicamentos</b>	BOSULIF
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Leucemia linfoblástica aguda de linfocitos B con cromosoma Filadelfia positivo (Philadelphia chromosome positive B-cell acute lymphoblastic leukemia, Ph+ B-ALL); neoplasias mieloides o linfáticas con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o la fase blástica.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L; Y 3) el paciente experimentó resistencia o intolerancia al imatinib, dasatinib o nilotinib. Para la B-ALL, incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	BOTOX
<b>Nombres de medicamentos</b>	BOTOX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Salivación excesiva secundaria a enfermedad de Parkinson avanzada; espasmo hemifacial; fisura anal crónica; acalasia; disfonía espasmódica (distonía laríngea); distonía bucomandibular; hiperhidrosis palmar; temblor hereditario; dolor miofascial
<b>Criterios de exclusión</b>	Uso cosmético
<b>Información médica requerida</b>	Para la profilaxis de jaqueca crónica, tratamiento inicial: 1) el paciente experimenta al menos 15 días de dolor de cabeza por mes; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente, intolerancia o tiene una contraindicación a un inhibidor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene-related peptide, CGRP). Para la profilaxis de jaqueca crónica, continuación del tratamiento (después de 2 ciclos de inyección): Menos días con dolor de cabeza por mes desde el inicio del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Migraña crónica, tratamiento inicial: 6 meses; renovación: Año del plan. Todas las demás indicaciones: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BRAFTOVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	BRAFTOVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo, adenocarcinoma apendicular, NSCLC recurrente
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) El tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) tratamiento posterior para enfermedad avanzada o metastásica; b) tratamiento primario para la metástasis metacrónica irresecable. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como único fármaco o en combinación con binimetinib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) El tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con binimetinib.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	BRIUMVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	BRIUMVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BRIVIACT
<b>Nombres de medicamentos</b>	BRIVIACT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para 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).
<b>Restricciones de edad</b>	1 mes de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BRIVIACT INYECTABLE
<b>Nombres de medicamentos</b>	BRIVIACT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para 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).
<b>Restricciones de edad</b>	1 mes de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BRONCHITOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	BRONCHITOL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BRUKINSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BRUKINSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso del linfoma de células del manto, la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico de células pequeñas (CLL/SLL): el paciente ha experimentado un evento adverso intolerable o tiene una contraindicación a Calquence (acalabrutinib).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BUDESONIDA CAP
<b>Nombres de medicamentos</b>	BUDESONIDA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Inducción y mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica en adultos, hepatitis autoinmunitaria
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica: el paciente tuvo una recurrencia de los síntomas después de la interrupción del tratamiento de inducción.
<b>Restricciones de edad</b>	Enfermedad de Crohn, tratamiento: 8 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Hepatitis autoinmunitaria, colitis microscópica, mantenimiento: 12 meses; todas las demás indicaciones: 3 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BUDESONIDE-FORMOTEROL
<b>Nombres de medicamentos</b>	SYMBICORT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento del asma y el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a fluticasone-salmeterol.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PARCHE DE BUPRENORFINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BUPRENORFINA, BUTRANS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia drepanocítica, una afección terminal o el dolor que se maneja mediante cuidados paliativos; O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El medicamento solicitado se receta para el dolor intenso y lo suficientemente persistente como para requerir un período de tratamiento extendido 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 en función de sus antecedentes de uso de opioides (Nota: Este medicamento debe recetarse solo por profesionales de atención médica que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el manejo del dolor crónico); Y 3) el paciente fue evaluado y se lo controlará para detectar el desarrollo de trastorno por uso de opioides; Y 4) esta solicitud es para continuar el tratamiento en un paciente que ha estado recibiendo un opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días, O el paciente tomó un opioide de absorción lenta durante al menos una semana.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BYDUREON
<b>Nombres de medicamentos</b>	BYDUREON BCISE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	10 años de edad o más
<b>Restricciones de persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BYETTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BYETTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BYLVAY
<b>Nombres de medicamentos</b>	BYLVAY, BYLVAY (MICROESFERAS)
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento del prurito en la colestasis intrahepática familiar progresiva (progressive familial intrahepatic cholestasis, PFIC) (solicitudes iniciales): 1) el diagnóstico de PFIC se confirmó mediante pruebas genéticas; 2) el paciente no tiene PFIC de tipo 2 con variantes de ABCB11 que provoquen la ausencia completa o no funcional de la proteína de bomba exportadora de sales biliares (BSEP-3); 3) el paciente no tiene ninguna otra enfermedad hepática concomitante; Y 4) el paciente no recibió un trasplante hepático. Para el tratamiento del prurito en la PFIC (solicitudes de continuación): el paciente experimentó un beneficio del tratamiento (por ejemplo, mejora del prurito). Para el tratamiento del prurito colestásico con síndrome de Alagille (Alagille Syndrome, ALGS) (continuación): el paciente experimentó un beneficio del tratamiento (por ejemplo, mejora del prurito).
<b>Restricciones de edad</b>	Para la PFIC: 3 meses de edad o más, para el ALGS: 12 meses de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un hepatólogo o gastroenterólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	BYOOVIZ
<b>Nombres de medicamentos</b>	BYOOVIZ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	CABLIVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	CABLIVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la púrpura trombocitopénica trombótica adquirida (acquired thrombotic thrombocytopenic purpura, aTTP): El paciente no experimentó más de 2 recaídas de aTTP mientras recibía el medicamento solicitado. Para la aTTP (inicial): 1) la solicitud es para el tratamiento durante el período de intercambio de plasma o directamente después de completar el intercambio de plasma (plasma exchange, PE), 2) el paciente recibirá o recibió el medicamento solicitado con PE, 3) el medicamento solicitado se administrará en combinación con tratamiento inmunodepresor; Y 4) el paciente no recibirá el medicamento solicitado luego de los 30 días posteriores a la finalización del PE, a menos que el paciente haya documentado una aTTP persistente. Para la aTTP (continuación): 1) la solicitud es para ampliar el tratamiento después del curso inicial del medicamento solicitado (curso inicial: tratamiento con el medicamento solicitado durante el intercambio de plasma y 30 días después de este); 2) el paciente tiene signos documentados de aTTP subyacente persistente (por ejemplo: niveles de actividad de ADAMTS13 severamente reducidos [menos del 10%]); 3) el medicamento solicitado se administrará en combinación con tratamiento inmunodepresor; Y 4) el paciente no recibió una ampliación previa del tratamiento de 28 días después del curso inicial del medicamento solicitado para este curso de tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 60 días, continuación: 28 días
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CABOMETYX
<b>Nombres de medicamentos</b>	CABOMETYX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas; sarcoma de Ewing; osteosarcoma; tumor del estroma gastrointestinal; carcinoma endometrial
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma de células renales: La enfermedad es avanzada o recidivante, o está en estadio IV (incluida la metástasis cerebral). Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) la enfermedad es positiva para el reordenamiento durante la transfección (rearranged during transfection, RET); Y 2) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente o metastásica, o presenta rotura tumoral; Y 2) la enfermedad evolucionó después de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el sarcoma de Ewing y el osteosarcoma: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior. Para el cáncer de tiroides diferenciado (differentiated thyroid cancer, DTC) (folicular, papilar, oncocítico): 1) la enfermedad está localmente avanzada o es metastásica; Y 2) la enfermedad evolucionó después de un tratamiento dirigido al receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (vascular endothelial growth factor receptor, VEGFR); Y 3) el paciente es resistente al tratamiento con yodo radioactivo (radioactive iodine, RAI) o no es elegible para RAI. Para el carcinoma endometrial: 1) la enfermedad es recurrente; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CALCIPOTRIENO
<b>Nombres de medicamentos</b>	CALCIPOTRIENE, CALCIPOTRIENE/BETAMETHASO, CALCITRENE, ENSTILAR, SORILUX, TACLONEX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un esteroide tópico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CALCITRIOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	CALCITRIOL, VECTICAL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un esteroide tópico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CALQUENCE
<b>Nombres de medicamentos</b>	CALQUENCE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Macroglobulinemia de Waldenstrom (linfoma linfoplasmácito), linfoma de la zona marginal (incluido linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, linfoma extraganglionar de la zona marginal de sitios no gástricos, linfoma de la zona marginal ganglionar, linfoma esplénico de la zona marginal)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, el linfoma extraganglionar de la zona marginal de los sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma esplénico de la zona marginal): el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento de la enfermedad recidivante, resistente o progresiva.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	CAMBIA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CAMBIA, DICLOFENAC POTASSIUM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Hipersensibilidad conocida (p. ej., reacciones anafilácticas y reacciones cutáneas graves) al diclofenac o a cualquier componente del medicamento solicitado. Antecedentes de asma, urticaria u otras reacciones alérgicas después de tomar aspirin u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). El medicamento solicitado se utilizará en el entorno de una cirugía de injerto de derivación de la arteria coronaria (coronary artery bypass graft, CABG).
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento agudo de ataques de migraña con o sin aura: 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos UNO de los siguientes medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE): a) ibuprofen, b) flurbiprofen, c) ketoprofen, d) naproxen Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos UN agonista del triptano 5-HT1.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CAMZYOS
<b>Nombres de medicamentos</b>	CAMZYOS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para miocardiopatía hipertrófica obstructiva: 1) antes de iniciar el tratamiento, el paciente tiene una fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (left ventricular ejection fraction, LVEF) del 55% o más; Y 2) el paciente tiene síntomas de clase II-III de la New York Heart Association (NYHA).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CAPRELSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CAPRELSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Carcinomas tiroideos (foliculares, oncocíticos, papilares).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	CARBAGLU
<b>Nombres de medicamentos</b>	CARBAGLU, ÁCIDO CARGLÚMICO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la insuficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS): El diagnóstico de insuficiencia de NAGS se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CAYSTON
<b>Nombres de medicamentos</b>	CAYSTON
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de los síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) La Pseudomonas aeruginosa está presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente; O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por Pseudomonas aeruginosa en las vías respiratorias.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CEQUA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CEQUA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la Restasis (emulsión de cyclosporine al 0.05 por ciento) Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos: Xiidra (lifitegrast), Miebo (perfluorohexyloctane).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CERDELGA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CERDELGA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Gaucher de tipo 1 (GD1): 1) El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas; y 2) el estado del metabolizador de CYP2D6 del paciente se estableció mediante una prueba aprobada por la FDA; y 3) el paciente es un metabolizador extensivo, intermedio o insuficiente de CYP2D6.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CEREZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	CEREZYME
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Enfermedad de Gaucher de tipo 2, enfermedad de Gaucher de tipo 3.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Gaucher: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CLORDIAZEPÓXIDO
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORCLORHIDRATO HCL, CLORHIDRATO DE CLORDIAZEPÓXIDO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones: la persona que extienda la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con el medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: el uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). Para el manejo de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se está utilizando en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI) hasta que el SSRI/SNRI entre en vigencia para los síntomas del trastorno de ansiedad; O 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) o b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Alivio a corto plazo de la ansiedad/inquietud preoperatoria y ansiedad durante 1 mes; trastorno de ansiedad durante 4 meses; síndrome de abstinencia alcohol: año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
<b>Grupo de autorización previa</b>	CHOLBAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	CHOLBAM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para trastornos de la síntesis de ácidos biliares debido a enzimopatías únicas (single enzyme defects, SED) y tratamiento adyuvante de trastornos peroxisomales (peroxisomal disorder, PD): El diagnóstico se confirmó mediante espectrometría de masas u otras pruebas bioquímicas o genéticas. Para trastornos de la síntesis de ácidos biliares debido a SED y tratamiento adyuvante de PD, continuación del tratamiento: El paciente logró y mantuvo una mejora en la función hepática.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CIBINQO
<b>Nombres de medicamentos</b>	CIBINQO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la dermatitis atópica (atopic dermatitis, AD) (continuación del tratamiento): El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CIMERLI
<b>Nombres de medicamentos</b>	CIMERLI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

**Grupo de autorización previa**  
**Nombres de medicamentos**  
**Indicador de indicación de PA**  
**Usos no aprobados**  
**Criterios de exclusión**  
**Información médica requerida**

CIMZIA  
CIMZIA, KIT DE INICIO CIMZIA  
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  
-  
-  
Para la enfermedad de Crohn activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab); O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en periodo de lactancia. Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib extended-release) O 2) la paciente está actualmente embarazada o en periodo de lactancia. Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib extended-release) O 2) la paciente está actualmente embarazada o en periodo de lactancia. Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib) O 2) la paciente está actualmente embarazada o en periodo de lactancia.

**Restricciones de edad**  
**Restricciones de la persona que receta**  
**Duración de la cobertura**  
**Otros criterios**

-  
-  
Año del plan  
Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab) O b) la paciente está actualmente embarazada o en periodo de lactancia. Para la artritis psoriásica activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf,

	Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib extended-release) O 2) la paciente está actualmente embarazada o en periodo de lactancia.
<b>Grupo de autorización previa</b>	CINQAIR
<b>Nombres de medicamentos</b>	CINQAIR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para asma grave, tratamiento inicial: 1) O a) el paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de al menos 400 células por microlitro O b) el paciente depende de corticoesteroides sistémicos; y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los medicamentos a continuación: a) corticoesteroide inhalado de dosis media a alta y b) control adicional (es decir, agonistas beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. Para asma grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción en la frecuencia o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral.
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CINRYZE
<b>Nombres de medicamentos</b>	CINRYZE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la profilaxis de ataques agudos debido a angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio O 2) el paciente tiene HAE con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferase 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (myoferlin, MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	6 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CLEMASTINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	FUMARATO DE CLEMASTINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a otro producto de la lista de medicamentos, como solución de levocetirizine o de cetirizine. Si el paciente tiene 70 años o más, la persona que extiende la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CLOBAZAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLOBAZAM, ONFI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (Lennox-Gastaut syndrome, LGS): 2 años o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CLOMIPRAMINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ANAFRANIL, CLORHIDRATO DE CLOMIPRAMINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Depresión, trastorno de pánico
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de pánico: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para cualquiera de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI). Para la depresión: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para dos de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina o bupropión.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	CLORAZEPATO
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones: La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: el uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). Para el manejo de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se utiliza en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para tratar los síntomas del trastorno de ansiedad; O 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS fármacos de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Alivio a corto plazo de la ansiedad durante 1 mes; trastorno de ansiedad durante 4 meses; Todos los demás diagnósticos: año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
<b>Grupo de autorización previa</b>	CLOZAPINA ODT
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLOZAPINA ODT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	COLUMVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	COLUMVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	COMETRIQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	COMETRIQ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), carcinomas tiroideos (foliculares, oncocíticos, papilares).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): La enfermedad es positiva para el reordenamiento durante la transfección (RET).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	COPIKTRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	COPIKTRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Linfoma de linfocitos T hepatoesplénicos, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado con implantes mamarios, linfoma periférico de linfocitos T
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso de leucemia linfocítica crónica (chronic lymphocytic leukemia, CLL)/linfoma linfocítico de células pequeñas (small lymphocytic linfoma, SLL), linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado con implantes mamarios y linfoma periférico de linfocitos T: el paciente tiene enfermedad recidivante o resistente. Para el linfoma de linfocitos T hepatoesplénicos: el paciente tiene enfermedad resistente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CORTROPHIN
<b>Nombres de medicamentos</b>	CORTROPHIN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para los siguientes diagnósticos, el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con un glucocorticoide parenteral u oral (solo para enfermedades oftálmicas, también es aceptable una respuesta insuficiente a una prueba de un glucocorticoide oftálmico tópico): 1) Para trastornos reumáticos (p. ej., artritis psoriásica, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis gotosa aguda): El medicamento solicitado debe usarse como tratamiento complementario; 2) Para el síndrome nefrótico: el medicamento solicitado debe solicitarse para la inducción de la diuresis o para la remisión de la proteinuria; 3) Para la esclerosis múltiple (multiple sclerosis, MS): el paciente tiene una reagudización de la MS; 4) Enfermedades del colágeno (p. ej., lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis o polimiositis); 5) Enfermedades dermatológicas (p. ej., eritema multiforme grave, síndrome de Stevens-Johnson, psoriasis grave); 6) Enfermedades oftálmicas, agudas o crónicas (p. ej., iritis, queratitis, neuritis óptica); 7) Sarcoidosis sintomática; 8) estados de alergia (p. ej., enfermedad del suero, dermatitis atópica).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Exacerbación de la MS: 3 semanas, estados de alergia: 1 mes, todos los demás diagnósticos: 3 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	COSENTYX
<b>Nombres de medicamentos</b>	COSENTYX, COSENTYX PLUMA SENSOREADY, COSENTYX UNOREADY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (inicio nuevo únicamente): 1) se ve afectada al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (inicio nuevo únicamente): el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE); O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para los AINE. Para un adulto con artritis psoriásica (psoriatic arthritis, PsA) activa (solo de inicio nuevo): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para 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 absorción lenta). Para la hidrosadenitis supurativa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	COTELLIC
<b>Nombres de medicamentos</b>	COTELLIC
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., glioma, glioblastoma), tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, glioblastoma): 1) El tumor es positivo para la mutación activadora V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con vemurafenib. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con vemurafenib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CRESEMBA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CRESEMBA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Candidiasis esofágica resistente al fluconazol en un paciente con VIH
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se utiliza por vía oral. Para la aspergilosis invasiva y la candidiasis esofágica resistente al fluconazol en un paciente con VIH: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para el voriconazol.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Aspergilosis invasiva: 3 meses. Mucormicosis invasiva: 6 meses. Candidiasis esofágica: 1 mes
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CRESEMBA INYECTABLE
<b>Nombres de medicamentos</b>	CRESEMBA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se utiliza por vía oral mediante administración por sonda nasogástrica (NG) o por vía intravenosa. Para la aspergilosis invasiva: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para el voriconazol.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Aspergilosis invasiva: 3 meses. Mucormicosis invasiva: 6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CRINONE
<b>Nombres de medicamentos</b>	CRINONE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Profilaxis para el nacimiento prematuro en mujeres con cuello uterino corto
<b>Criterios de exclusión</b>	Recetado para promover la fertilidad
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CROTAN
<b>Nombres de medicamentos</b>	CROTAN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para erradicar la sarna ( <i>Sarcoptes scabiei</i> ): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la crema de permetrina al 5%.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CRYSVITA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CRYSVITA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CUTAQUIG
<b>Nombres de medicamentos</b>	CUTAQUIG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	CUVITRU
<b>Nombres de medicamentos</b>	CUVITRU
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.



<b>Grupo de autorización previa</b>	CUVRIOR
<b>Nombres de medicamentos</b>	CUVRIOR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CYRAMZA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CYRAMZA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Adenocarcinoma esofágico, cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, adenocarcinoma apendicular, mesotelioma pleural, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal del testículo
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer colorrectal y el adenocarcinoma apendicular: el paciente tiene enfermedad avanzada o metastásica. Para el NSCLC: el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CYSTADROPS
<b>Nombres de medicamentos</b>	CYSTADROPS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la cistinosis: 1) El diagnóstico se confirmó por ALGUNA de las siguientes situaciones: a) la presencia de mayores concentraciones de cistina en los leucocitos; O b) pruebas genéticas; O c) demostración de cristales de cistina corneales mediante examen con lámpara de hendidura; Y 2) el paciente tiene una acumulación de cristales de cistina corneales.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	CYSTAGON
<b>Nombres de medicamentos</b>	CYSTAGON
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la cistinosis nefropática: El diagnóstico se confirmó por ALGUNA de las siguientes situaciones: 1) la presencia de mayores concentraciones de cistina en los leucocitos; O 2) pruebas genéticas; O 3) demostración de cristales de cistina corneales mediante examen con lámpara de hendidura.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	CYSTARAN
<b>Nombres de medicamentos</b>	CYSTARAN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la cistinosis: 1) El diagnóstico se confirmó por ALGUNA de las siguientes situaciones: a) la presencia de mayores concentraciones de cistina en los leucocitos; O b) pruebas genéticas; O c) demostración de cristales de cistina corneales mediante examen con lámpara de hendidura; Y 2) el paciente tiene una acumulación de cristales de cistina corneales.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	Dalfampridina
<b>Nombres de medicamentos</b>	AMPYRA, DALFAMPRIDINA ER
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la esclerosis múltiple, el paciente debe cumplir con lo siguiente (para inicio nuevo): antes de iniciar el tratamiento, el paciente demuestra deterioro continuo de la marcha. Para la esclerosis múltiple (continuación): el paciente debe haber experimentado una mejora en la velocidad para caminar U otra medición objetiva de la capacidad para caminar desde que comenzó a tomar el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	DARAPRIM
<b>Nombres de medicamentos</b>	DARAPRIM, PYRIMETHAMINE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Profilaxis de toxoplasmosis, profilaxis de neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> , tratamiento de cistosisporiasis y profilaxis secundaria
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la profilaxis primaria de toxoplasmosis y la profilaxis de neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> ( <i>Pneumocystis jirovecii</i> pneumonia, PCP): 1) El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX); Y 2) el paciente tuvo un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 3 meses. Para la profilaxis secundaria de toxoplasmosis: El paciente tuvo un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses. Para el tratamiento de la cistosisporiasis: El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para TMP-SMX. Para la profilaxis secundaria de cistosisporiasis: 1) El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para TMP-SMX; Y 2) el paciente tuvo un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Tratamiento para la toxoplasmosis congénita: Año del plan. Tratamiento para la toxoplasmosis adquirida, profilaxis primaria de toxoplasmosis, profilaxis para neumonía por PCP: 3 meses. Profilaxis secundaria para toxoplasmosis, tratamiento/profilaxis para cistosisporiasis: 6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DARZALEX
<b>Nombres de medicamentos</b>	DARZALEX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente, leucemia linfoblástica aguda de linfocitos T
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	DARZALEX FASPRO
<b>Nombres de medicamentos</b>	DARZALEX FASPRO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DAURISMO
<b>Nombres de medicamentos</b>	DAURISMO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tratamiento/consolidación posterior a la inducción después de la respuesta al tratamiento previo con el mismo régimen para la leucemia mieloide aguda (acute myeloid leukemia, AML), la AML recidivante/resistente como componente de la repetición del régimen inicial de inducción exitoso
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 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 usará como tratamiento para la terapia de inducción, terapia posterior a la inducción/de consolidación o enfermedad recidivante o resistente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DAYBUE
<b>Nombres de medicamentos</b>	DAYBUE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	2 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	DEFERASIROX
<b>Nombres de medicamentos</b>	DEFERASIROX, EXJADE, JADENU, JADENU SPRINKLE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DEFEROXAMINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	MESILATO DE DEFEROXAMINA, DEFEROXAMINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Toxicidad de aluminio en pacientes que se someten a diálisis
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la sobrecarga crónica de hierro: el nivel de ferritina sérica previo al tratamiento es superior a 1000 mcg/l.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	DEMSER
<b>Nombres de medicamentos</b>	DEMSER, METIROSINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un antagonista alfa-adrenérgico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	DEXMETILFENIDATO
<b>Nombres de medicamentos</b>	DEXMETILFENIDATO HCL, CLORHIDRATO DE DEXMETILFENIDATO ER, HIDRÓXIDO DE DEXMETILFENIDATO, FOCALINA, FOCALINA XR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Fatiga relacionada con el cáncer
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con 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 la fatiga.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DHE NASAL
<b>Nombres de medicamentos</b>	DIHYDROERGOTAMINE MESYLAT, MIGRANAL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Se denegará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DIACOMIT
<b>Nombres de medicamentos</b>	DIACOMIT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	6 meses de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	DIAZEPAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones: La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: el uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). Para el manejo de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se utiliza en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para tratar los síntomas del trastorno de ansiedad; O 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS fármacos de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Alivio a corto plazo de la ansiedad: 1 mes; espasmo muscular esquelético: 3 meses; trastornos de ansiedad: 4 meses; otros diagnósticos: año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. Se aplica a más de 5 días acumulados de tratamiento por año.
<b>Grupo de autorización previa</b>	DIBENCILINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	DIBENCILINA, HIDROCLORURO DE FENOXIBENZAMINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un bloqueador selectivo del receptor adrenérgico alfa-1 (p. ej.: doxazosina).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	DICLOFENAC EN SOL. AL 2 %
<b>Nombres de medicamentos</b>	DICLOFENAC SÓDICO, PENNSAID
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la osteoartritis de rodilla(s): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a AMBOS de los siguientes: A) diclofenac sodium gel al 1 %, B) diclofenac sodium solución tópica al 1.5 %.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DICLOFENAC 3% GEL
<b>Nombres de medicamentos</b>	DICLOFENAC SÓDICO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes: A) Crema de imiquimod al 5%; B) crema o solución de fluorouracilo.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	3 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	DOJOLVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	DOJOLVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para trastornos de oxidación de ácidos grasos de cadena larga (long-chain fatty acid oxidation disorders, LC-FAOD): Se cumplen al menos dos de los siguientes criterios de diagnóstico: a) elevación de la acilcarnitina específica de la enfermedad (p. ej., C16 o C18:1 por insuficiencia de CPT2, C16-OH o C18 y otras acilcarnitinas por insuficiencia de LCHAD y TFP, C14:1 u otras acilcarnitinas de cadena larga por insuficiencia de VLCAD) en una gota de sangre o en plasma del recién nacido; b) baja actividad enzimática en fibroblastos cultivados; c) una o más mutaciones patógenas conocidas (p. ej., CPT1A, SLC25A20, CPT2, ACADVL, HADHA, HADHB). Para LC-FAOD, continuación del tratamiento: El paciente experimenta beneficios producto del tratamiento (p. ej., mejora en los síntomas musculares o la tolerancia al ejercicio).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DOPTELET
<b>Nombres de medicamentos</b>	DOPTELET
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 (immune thrombocytopenia, ITP) crónica (de inicio nuevo): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo, como corticosteroides o inmunoglobulinas; Y 2) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O de 30,000/mcl a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad ulcerosa péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para la ITP (continuación): respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) El recuento actual de plaquetas es menor o igual a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es mayor a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl, y la dosificación se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes.
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad o más

<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Enfermedad hepática crónica: 1 mes, ITP inicial: 6 meses, ITP continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DRIZALMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	DRIZALMA SPRINKLE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Dolor oncológico, dolor neuropático inducido por la quimioterapia
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetina; O 2) el paciente no puede tomar cápsulas de duloxetina por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar cápsulas, requiere administración mediante sonda nasogástrica).
<b>Restricciones de edad</b>	Trastorno de ansiedad generalizado: 7 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DUOBRII
<b>Nombres de medicamentos</b>	DUOBRII
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide tópico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	DUPIXENT
<b>Nombres de medicamentos</b>	DUPIXENT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la dermatitis atópica (atopic dermatitis, AD), tratamiento inicial: 1) El paciente tiene una enfermedad de moderada a grave; Y 2) el paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con un corticoesteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina, O los corticoesteroides tópicos y los inhibidores tópicos de la calcineurina no son aconsejables para el paciente. Para la AD, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el asma dependiente de corticoesteroide oral, tratamiento inicial: El paciente tiene un control insuficiente del asma a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos: 1) corticoesteroide inhalado de dosis alta Y 2) control adicional (es decir, agonistas beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. 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 sigue estando mal controlada a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos: 1) Corticoesteroide inhalado de dosis media a alta; Y 2) control adicional (es decir, agonistas beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o una contraindicación a dichos tratamientos. Para el asma, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción en la frecuencia o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral. Para la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (chronic rhinosinusitis with nasal polyposis, CRSwNP): 1) El medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento con Xhance (fluticasona).
<b>Restricciones de edad</b>	Dermatitis atópica: 6 meses o más, asma: 6 años o más, rinosinusitis crónica con poliposis nasal y prurigo nodular: 18 años o más, esofagitis eosinofílica: 1 año o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	AD, inicial: 4 meses; PN, inicial: 6 meses, todos los demás: Año del plan

<b>Otros criterios</b>	Para la esofagitis eosinofílica (EoE), tratamiento inicial: 1) El diagnóstico se confirmó mediante biopsia esofágica caracterizada por 15 eosinófilos esofágicos intraepiteliales o más por campo de alta potencia; Y 2) el paciente exhibe manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, disfagia); Y 3) el paciente pesa al menos 15 kilogramos; Y 4) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un corticoesteroide 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 tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con un corticoesteroide tópico O los corticoesteroides tópicos no son aconsejables para el paciente. Para el PN, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
<b>Grupo de autorización previa</b>	DUVYZAT
<b>Nombres de medicamentos</b>	DUVYZAT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne (DMD): El diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que identificaron una mutación del gen DMD que causa la enfermedad.
<b>Restricciones de edad</b>	6 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	DYSPORT
<b>Nombres de medicamentos</b>	DYSPORT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Blefaroespasma
<b>Criterios de exclusión</b>	Uso cosmético
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	EGRIFTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	EGRIFTA SV
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Usado para bajar de peso

<b>Información médica requerida</b>	Para pacientes con lipodistrofia infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El paciente recibe tratamiento con antirretrovíricos. Para pacientes que recibieron al menos 6 meses del medicamento solicitado: El paciente demostró una clara mejora clínica con respecto al inicio que está respaldada por una medición de la circunferencia de la cintura o una tomografía computarizada (computed tomography, CT).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o endocrinólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ELAPRASE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ELAPRASE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para mucopolisacaridosis de tipo 2 (MPS 2): El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima iduronato 2-sulfatasa (IDS) o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	16 meses de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ELELYSO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ELELYSO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Gaucher de tipo 1: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ELFABRIO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ELFABRIO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de enfermedad de Fabry se confirmó mediante un análisis enzimático que manifiesta una insuficiencia de la actividad enzimática de alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas; O 2) el paciente es un portador sintomático estricto.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	ELIGARD
<b>Nombres de medicamentos</b>	ELIGARD
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tumores recurrentes de las glándulas salivales con receptor de andrógenos positivo
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ELYXYB
<b>Nombres de medicamentos</b>	ELYXYB
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Hipersensibilidad conocida (p. ej., reacciones anafilácticas y reacciones cutáneas graves) al celecoxib o a cualquier componente del medicamento solicitado. Antecedentes de asma, urticaria u otras reacciones alérgicas después de tomar aspirin u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Reacciones alérgicas a las sulfonamidas. El medicamento solicitado se utilizará en el entorno de una cirugía de injerto de derivación de la arteria coronaria (coronary artery bypass graft, CABG).
<b>Información médica requerida</b>	1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos UNO de los siguientes medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE): a) ibuprofen, b) flurbiprofen, c) ketoprofen, d) naproxen Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos UN agonista del triptano 5-HT1.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	EMGALITY
<b>Nombres de medicamentos</b>	EMGALITY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba durante 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría probar durante 4 semanas cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes 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 experimentó menos días con migraña al mes con respecto al inicio. Para la cefalea ocasional en brotes, inicial: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un agonista del receptor 5-HT1 triptano. Para cefalea ocasional en brotes, continuación: El paciente recibió el medicamento solicitado durante al menos 3 semanas de tratamiento y tuvo una reducción en la frecuencia de los ataques de cefalea ocasional en brotes semanales con respecto al inicio.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	EMPAVELI
<b>Nombres de medicamentos</b>	EMPAVELI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (paroxysmal nocturnal hemoglobinuria, PNH) (inicial): 1) el diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación del tratamiento): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	PNH inicial: 6 meses; PNH continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

<b>Grupo de autorización previa</b>	EMPLICITI
<b>Nombres de medicamentos</b>	EMPLICITI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para mieloma múltiple: El paciente debe haber recibido al menos un tratamiento previo.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	EMSAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	EMSAM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI), mirtazapina o bupropión; O 2) el paciente no puede tomar formulaciones por vía oral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ENDARI
<b>Nombres de medicamentos</b>	ENDARI, L-GLUTAMINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	5 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ENHERTU
<b>Nombres de medicamentos</b>	ENHERTU
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular), adenocarcinoma esofágico positivo para HER2 recurrente, localmente avanzado o metastásico, adenocarcinoma de unión gástrica o esofagogástrica positivo para HER2 recurrente, metástasis cerebral en pacientes con cáncer de mama positivo para HER2, tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	ENJAYMO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ENJAYMO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad por crioglobulina (continuación): el paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva (p. ej., mejora en los niveles de hemoglobina, marcadores de hemólisis [p. ej., bilirrubina, haptoglobina, lactato deshidrogenasa (LDH), recuento de reticulocitos] y una reducción en las transfusiones de sangre).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ENSPRYNG
<b>Nombres de medicamentos</b>	ENSPRYNG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que</b>	-

**receta****Duración de la cobertura** Año del plan**Otros criterios** -**Grupo de autorización previa** ENTADFI**Nombres de medicamentos** ENTADFI**Indicador de indicación de PA** Todas las indicaciones aprobadas por la FDA**Usos no aprobados** -**Criterios de exclusión** -**Información médica requerida** Para hiperplasia prostática benigna (benign prostatic hyperplasia, BPH) en un paciente con agrandamiento de la próstata: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al tratamiento combinado con un alfabloqueador y finasterida de la lista de medicamentos; Y 2) el paciente aún no recibió 26 semanas de tratamiento con el medicamento solicitado.**Restricciones de edad** -**Restricciones de la persona que** -**receta****Duración de la cobertura** 26 semanas**Otros criterios** -**Grupo de autorización previa** EOHILIA**Nombres de medicamentos** EOHILIA**Indicador de indicación de PA** Todas las indicaciones aprobadas por la FDA**Usos no aprobados** -**Criterios de exclusión** -**Información médica requerida** Para esofagitis eosinofílica (EoE): 1) El diagnóstico se confirmó mediante biopsia esofágica caracterizada por 15 eosinófilos esofágicos intraepiteliales o más por campo de alta potencia; Y 2) el paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, disfagia).**Restricciones de edad** 11 años de edad o más**Restricciones de la persona que** Recetado por un gastroenterólogo, alergista o inmunólogo, o en consulta con estos**receta****Duración de la cobertura** 6 meses**Otros criterios** -

<b>Grupo de autorización previa</b>	EPCLUSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	EPCLUSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el virus de la hepatitis C (VHC): Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento previsto, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh]), presencia o ausencia de infección conjunta por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con la resistencia cuando corresponda, estado del trasplante, si corresponde. Las afecciones de la cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas actuales de tratamiento de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Estadounidense para Enfermedades Infecciosas (American Association for the Study of Liver Diseases and Infectious Diseases Society of America, AASLD-IDSA).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA.
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	EPIDIOLEX
<b>Nombres de medicamentos</b>	EPIDIOLEX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	1 año de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	EPKINLY
<b>Nombres de medicamentos</b>	EPKINLY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	EPOGEN
<b>Nombres de medicamentos</b>	EPOGEN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Anemia debido a síndromes mielodisplásicos (MDS), anemia en la artritis reumatoidea (AR), anemia debido al tratamiento de la hepatitis C (ribavirina en combinación con interferón alfa o peginterferón alfa)
<b>Criterios de exclusión</b>	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mielóide.
<b>Información médica requerida</b>	Los requisitos con respecto a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) para todos los usos, excepto para la anemia debido a la quimioterapia o al síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%); Y 2) para todos los usos excepto la cirugía: la hemoglobina es inferior a 10 g/dl antes del tratamiento (sin un tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior); Y 3) para el MDS: el nivel de eritropoyetina sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/l o menos. Para las nuevas autorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos excepto cirugía: 1) el paciente recibió al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina; Y 2) respondió al tratamiento con eritropoyetina; Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dl; Y 4) para todos los usos excepto la anemia debido a la quimioterapia o MDS: el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	16 semanas
<b>Otros criterios</b>	La cobertura incluye el uso en anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. La cobertura de la Parte D se rechazará si la cobertura está disponible en virtud de la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y entrega o suministra para el individuo (p. ej., se utiliza para el tratamiento de la anemia en un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se proporciona del suministro médico como parte de un servicio médico).

<b>Grupo de autorización previa</b>	EPRONTIA
<b>Nombres de medicamentos</b>	EPRONTIA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para 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 crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a los productos de topiramato de absorción lenta; O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas). Para el tratamiento adyuvante de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) si el paciente tiene 6 años o más, el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam. Para el tratamiento preventivo de las migrañas: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a los productos de topiramato de absorción lenta; O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas).
<b>Restricciones de edad</b>	Epilepsia: 2 años o más, migraña: 12 años o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	EPSOLAY
<b>Nombres de medicamentos</b>	EPSOLAY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	ERGOTAMINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFE, MIGERGOT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Se denegará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista del 5-HT1 triptano.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ERIVEDGE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ERIVEDGE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Meduloblastoma en adultos
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el meduloblastoma en adultos: el paciente recibió tratamiento sistémico previo Y tiene tumores con mutaciones en la vía de señalización Sonic Hedgehog.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ERLEADA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ERLEADA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin-releasing hormone, GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ERLOTINIB
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORHIDRATO DE ERLOTINIB
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recurrente, cordoma recurrente, carcinoma de células renales (renal cell carcinoma, RCC) recidivante o en estadio IV, metástasis cerebral de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), cáncer de páncreas recurrente
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) (incluida la metástasis cerebral producto del NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR) sensibilizante. Para el cáncer de páncreas: la enfermedad es localmente avanzada, irresecable, recurrente o metastásica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ESBRIET
<b>Nombres de medicamentos</b>	ESBRIET, PIRFENIDONE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo de inicio nuevo): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, HRCT) del tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (usual interstitial pneumonia, UIP); O 2) el estudio de HRCT del tórax revela un resultado que no es el patrón UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para UIP), y el diagnóstico está respaldado por una biopsia pulmonar o por un análisis multidisciplinario entre al menos un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se realizó una biopsia pulmonar.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ETANERCEPT
<b>Nombres de medicamentos</b>	ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Hidradenitis supurativa, espondiloartritis axial no radiográfica
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): 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 probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, 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 se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas]). Para la hidradenitis supurativa (solo de inicio nuevo): el paciente tiene enfermedad grave resistente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	EUCRISA
<b>Nombres de medicamentos</b>	EUCRISA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la dermatitis atópica leve a moderada, el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) Si el paciente tiene 2 años o más y el medicamento solicitado se utilizará en áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o los dobleces de la piel), el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina O 2) si el paciente tiene 2 años o más y el medicamento solicitado se receta para su uso en áreas no sensibles de la piel (o restantes), el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un corticoesteroide tópico de potencia media o alta, o a un inhibidor tópico de la calcineurina.
<b>Restricciones de edad</b>	3 meses de edad o más
<b>Restricciones de persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	EVENITY
<b>Nombres de medicamentos</b>	EVENITY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Pacientes que tuvieron un infarto de miocardio o accidente cerebrovascular dentro del año anterior.
<b>Información médica requerida</b>	Para la osteoporosis posmenopáusica, el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura por debilidad O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) previa al tratamiento Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) Indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, debilidad, terapia con glucocorticoides, calificaciones T muy bajas o un mayor riesgo de caídas), o b) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo con una terapia inyectable previa para la osteoporosis o es intolerante a esta, o c) el paciente ha tenido un ensayo de bisphosphonate por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Total de por vida de 12 meses

<b>Otros criterios</b>	El paciente tiene una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (FRAX) si la probabilidad de 10 años es superior o igual al 20% para cualquier fractura osteoporótica significativa o superior o igual al 3% para fractura de cadera. La estimación de la calificación de riesgo calculada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para la fractura osteoporótica principal y por 1.2 para la fractura de cadera si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente a prednisona) por día.
<b>Grupo de autorización previa</b>	EVEROLIMÚS
<b>Nombres de medicamentos</b>	AFINITOR, AFINITOR DISPERZ, EVEROLIMUS, TORPENZ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas tímicos, macroglobulinemia de Waldenstromlinfoma linfoplasmacítico previamente tratado, sarcoma de tejidos blandos (tumores de células epiteliales perivasculares [perivascular epithelioid cell tumor, PEComa] y linfangioliomomatosis), tumores del estroma gastrointestinal, tumores neuroendocrinos del timo, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados, carcinoma tiroideo (papilar, oncocítico, y folicular), carcinoma endometrial, sarcoma uterino, cáncer de mama (en combinación con fulvestrant o tamoxifen), neoplasias histiocíticas (enfermedad de Rosai-Dorfman, enfermedad de Erdheim-Chester, histiocitosis de células de Langerhans), meningiomas.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es recidivante, inoperable, avanzada, positiva para el receptor hormonal (HR) metastásico, negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), Y 2) el medicamento solicitado se receta en combinación con exemestane, fulvestrant o tamoxifen Y 3) el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento posterior. Para el carcinoma de células renales: La enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV. Para el astrocitoma subependimario de células gigantes (subependymal giant cell astrocytoma, SEGA): El medicamento solicitado se administra como tratamiento adyuvante. Para el tumor del estroma gastrointestinal: 1) la enfermedad es residual, recidivante, irresecable o metastásica, o presenta rotura tumoral; Y 2) la enfermedad evolucionó después de haber implementado al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., 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 subunidad catalítica alfa de fosfatidilinositol-4,5-bisfosfato 3-cinasa (PIK3CA).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	EVKEEZA
<b>Nombres de medicamentos</b>	EVKEEZA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	<p>Para el inicio de la terapia (tx) para tratar la hipercolesterolemia familiar homocigótica (homozygous familial hypercholesterolemia, HoFH), el paciente (pt) debe cumplir con TODOS los siguientes requisitos: A) Diagnóstico de HoFH confirmado por uno de los siguientes: 1) Pruebas genéticas para confirmar dos alelos mutantes en el receptor de lipoproteínas de baja densidad (low-density lipoprotein receptor, LDLR), apolipoproteína B (ApoB), proproteína convertasa subtilisina/kexina de tipo 9 (PCSK9) o locus del gen de la proteína adaptadora 1 del receptor de lipoproteína de baja densidad (low-density lipoprotein receptor adaptor protein 1, LDLRAP1); O 2) antecedentes de niveles de colesterol de lipoproteína de baja densidad (low-density lipoprotein-cholesterol, LDL-C) no tratados superiores a 400 mg/dl y cualquiera de los siguientes: a) presencia de xantomas cutáneos o tendinosos antes de los 10 años; o b) un nivel de LDL-C no tratado superior o igual a 190 mg/dl en ambos progenitores, que concuerda con la hipercolesterolemia familiar heterocigótica (heterozygous familial hypercholesterolemia, HeFH); Y B) si el paciente tiene 7 años o más antes del inicio del tratamiento, recibe actualmente tratamiento con una estatina de alta intensidad a una dosis máxima tolerada o a la dosis máxima aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), a menos que el paciente sea intolerante a las estatinas o tenga una contraindicación al tratamiento con estatinas; Y C) si el paciente tiene 10 años o más antes del inicio del tratamiento, recibe actualmente tratamiento con un medicamento dirigido con PCSK9 a una dosis máxima tolerada o a la dosis máxima aprobada por la FDA, a menos que el paciente haya experimentado una intolerancia o tenga una contraindicación a todas las terapias dirigidas con PCSK9; Y D) antes de iniciar el tratamiento, el paciente experimenta/experimentaba una respuesta insuficiente a un tratamiento de disminución de lípidos según lo indicado por una LDL-C tratado superior a 100 mg/dl (o superior a 70 mg/dl con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica); Y E) el paciente seguirá recibiendo un tratamiento de reducción de lípidos concomitante. Para la renovación del tratamiento para tratar la HoFH: A) El paciente cumple con todos los criterios iniciales; Y B) respondió al tratamiento según lo demostrado por una reducción en la LDL-C con respecto al valor inicial; Y C) recibe un tratamiento de reducción de lípidos concomitante.</p>
<b>Restricciones de edad</b>	5 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	EVRYSDI
<b>Nombres de medicamentos</b>	EVRYSDI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento inicial de atrofia muscular espinal (AME), el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) El paciente tiene AME de tipo 1, tipo 2 o tipo 3; Y 2) el paciente no depende de la ventilación permanente. Para la continuación del tratamiento de AME, el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) El paciente tiene AME de tipo 1, tipo 2 o tipo 3; Y 2) experimentó una mejora funcional significativa desde el punto de vista clínico, o mejoró su función muscular.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un médico que se especializa en atrofia muscular espinal, o en consulta con este.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	EYLEA
<b>Nombres de medicamentos</b>	EYLEA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	EYLEA HD
<b>Nombres de medicamentos</b>	EYLEA HD
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.



<b>Grupo de autorización previa</b>	FABHALTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FABHALTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (paroxysmal nocturnal hemoglobinuria, PNH) (inicial): 1) el diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FABIOR
<b>Nombres de medicamentos</b>	FABIOR, TAZAROTENO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FABRAZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	FABRAZYME
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Fabry, el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) el diagnóstico de 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 sintomático obligado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	FANAPT
<b>Nombres de medicamentos</b>	FANAPT, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS DE FANAPT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Rexulti, Secuado, Vraylar.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FASENRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FASENRA, PLUMA FASENRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el asma grave, tratamiento inicial: 1) O a) el paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro; O b) depende de corticoesteroides sistémicos; Y 2) tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los medicamentos siguientes: a) corticoesteroide inhalado de dosis media a alta; Y b) control adicional (es decir, agonistas beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o una contraindicación a dichos tratamientos. 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 en la frecuencia o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral.
<b>Restricciones de edad</b>	6 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FEBUXOSTAT
<b>Nombres de medicamentos</b>	FEBUXOSTAT, ULORIC
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FENSOLVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	FENSOLVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la pubertad precoz central (central precocious puberty, CPP): Los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin releasing hormone, GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (HL) de tercera generación; Y 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP; Y 3) la aparición de características sexuales secundarias se produjo antes de los 8 años de edad para las pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad para los pacientes de sexo masculino.
<b>Restricciones de edad</b>	CPP: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	PARCHE DE FENTANILO
<b>Nombres de medicamentos</b>	FENTANILO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia drepanocítica, una afección terminal o el dolor que se maneja mediante cuidados paliativos; O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El medicamento solicitado se receta para el dolor intenso y lo suficientemente persistente como para requerir un período de tratamiento extendido 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 en función de sus antecedentes de uso de opioides (Nota: Este medicamento debe recetarse solo por profesionales de atención médica que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el manejo del dolor crónico); Y 3) el paciente fue evaluado y se lo controlará para detectar el desarrollo de trastorno por uso de opioides; Y 4) esta solicitud es para continuar el tratamiento en un paciente que ha estado recibiendo un opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días, O el paciente tomó un opioide de absorción lenta durante al menos una semana.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FERRIPROX
<b>Nombres de medicamentos</b>	DEFERIPRONA, FERRIPROX, FERRIPROX DOS VECES AL DÍA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La sobrecarga de hierro transfusional del paciente no se debe al síndrome mielodisplásico ni a la anemia de Diamond-Blackfan.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FETZIMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FETZIMA, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina o bupropión.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FILSPARI
<b>Nombres de medicamentos</b>	FILSPARI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la reducción de la proteinuria en pacientes con nefropatía primaria por inmunoglobulina A (IgAN) con riesgo de evolución rápida de la enfermedad: 1) El paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con una dosis máxima tolerada de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (renin-angiotensin system, RAS) (p. ej., un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina [angiotensin-converting enzyme, ACE] o un bloqueador del receptor de la angiotensina [angiotensin-receptor blocker, ARB]); O 2) el paciente experimentó una intolerancia o tiene una contraindicación a los inhibidores del RAS.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FILSUVEZ
<b>Nombres de medicamentos</b>	FILSUVEZ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado no se administrará a heridas que estén actualmente cicatrizadas.
<b>Restricciones de edad</b>	6 meses de edad o más
<b>Restricciones de persona que receta</b>	Recetado por un dermatólogo o especialista en el cuidado de heridas, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan

<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FINACEA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FINACEA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FINTEPLA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FINTEPLA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	2 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FIRDAPSE
<b>Nombres de medicamentos</b>	FIRDAPSE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Antecedentes de convulsiones
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	6 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FIRMAGON
<b>Nombres de medicamentos</b>	FIRMAGON
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FLEQSUVY
<b>Nombres de medicamentos</b>	BACLOFENO, FLEQSUVY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente no puede tomar formas de dosificación sólidas por vía oral por algún motivo (p. ej., dificultad para tragar comprimidos o cápsulas, necesidad de administración mediante sonda de alimentación).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FLUCIATOSINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ANCOBON, FLUCIATOSINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 semanas
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FLUTICASONE-SALMETEROL
<b>Nombres de medicamentos</b>	ADVAIR DISKUS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento del asma y el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): el paciente ha experimentado intolerancia a un producto preferido de fluticasone-salmeterol debido a un evento adverso (p. ej., erupción, náuseas, vómitos, anafilaxia) causado por un ingrediente inactivo que no está contenido en el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FOLOTYN
<b>Nombres de medicamentos</b>	FOLOTYN, PRALATREXATO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Micosis fungoide, síndrome de Sézary, leucemia/linfoma de células T adultas (ATTL), linfoma de linfocitos T citolíticos naturales (NK) extranodal, linfoma de células T hepatoesplénicas, linfoma de células grandes anaplásicas cutáneas, tratamiento de intención paliativa inicial para el linfoma de células T periféricas, linfoma de células grandes anaplásicas (BIA-ALCL) asociado con los implantes mamarios.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA ANALGESICS
<b>Nombres de medicamentos</b>	DICLOFENAC POTASSIUM, FENOPROFEN CALCIUM, LOFENA, MELOXICAM, NALFON, NALOCET, NAPRELAN, NAPROSYN, NAPROXEN, NAPROXEN SODIUM ER, OXYCODONE AND ACETAMINOPH, OXYCODONE HYDROCHLORIDE/A, OXYCODONE/ACETAMINOPHEN, PERCOCET, PROLATE, SPRIX, TRAMADOL HYDROCHLORIDE, ZIPSOR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA CARDIO-RENAL-OTHER
<b>Nombres de medicamentos</b>	FENOFIBRATE, FENOFIBRIC ACID, FENOGLIDE, FIBRICOR, GLYCATE, GLYCOPYRROLATE, ISORDIL TITRADOSE, ISOSORBIDE DINITRATE, LIPOFEN, NIACIN, NIACOR, NITROFURANTOIN, ROBINUL, ROBINUL FORTE, ZILEUTON ER, ZYFLO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA CITALOPRAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	CITALOPRAM HYDROBROMIDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto de la lista de medicamentos, como comprimidos de citalopram.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA DOXYCYCLINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	DORYX MPC, DOXYCYCLINE HYCLATE, DOXYCYCLINE HYCLATE DR, DOXYCYCLINE MONOHYDRATE, TARGADOX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos, como doxycycline monohydrate o doxycycline hyclate en comprimidos o cápsulas (excluye formulaciones de absorción lenta).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA FLUOXETINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	FLUOXETINE HYDROCHLORIDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con otro producto de la lista de medicamentos, como cápsulas o solución de fluoxetine, O el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación causada por un ingrediente inactivo con otro producto de la lista de medicamentos, como cápsulas o solución de fluoxetine.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA MECLIZINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ANTIVERT, MECLIZINE HYDROCHLORIDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto de la lista de medicamentos, como comprimidos de meclizine de 12.5 mg o 25 mg.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA METFORMINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORHIDRATO DE METFORMINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto de la lista de medicamentos, como la metformina de absorción rápida; O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA NEURO-PSYCH
<b>Nombres de medicamentos</b>	APLENZIN, BUPROPION HYDROCHLORIDE E, FORFIVO XL, PAROXETINE, WELLBUTRIN SR, WELLBUTRIN XL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA SERTRALINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	SERTRALINE HYDROCHLORIDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con otro producto de la lista de medicamentos, como cápsulas de sertraline, O el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación causada por un ingrediente inactivo con otro producto de la lista de medicamentos, como cápsulas de sertraline.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA SUCRALFATE
<b>Nombres de medicamentos</b>	CARAFATE, SUCRALFATE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Hiperfosfatemia
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para úlcera duodenal e hiperfosfatemia: 1) el paciente ha experimentado intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto de la lista de medicamentos, como tabletas de sucralfate O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA TOPICAL
<b>Nombres de medicamentos</b>	ACYCLOVIR, CLINDAGEL, KETOCONAZOLE, KETODAN, MUPIROCIN, ZOVIRAX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA TOPICAL STEROIDS
<b>Nombres de medicamentos</b>	AMCINONIDE, BRYHALI, CLOCORTOLONE PIVALATE, CORDRAN, DESONIDE, DESOWEN, DESOXIMETASONE, DIFLORASONE DIACETATE, FLUOCINONIDE, FLURANDRENOLIDE, HALCINONIDE, HALOBETASOL PROPIONATE, HALOG, HYDROCORTISONE BUTYRATE, KENALOG, LEXETTE, LOCID, TOPICORT, TRIAMCINOLONE ACETONIDE, ULTRAVATE, VANOS, VERDESO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado intolerancia a otros dos esteroides tópicos de la lista de medicamentos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA TRAMADOL SOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	QDOLO, TRAMADOL HYDROCHLORIDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) el paciente ha experimentado intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto de la lista de medicamentos, como tabletas de tramadol O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA VALSARTAN SOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	VALSARTAN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) el paciente ha experimentado intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto de la lista de medicamentos, como tabletas de valsartan O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FORM ALT PA VENLAFAXINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	VENLAFAXINE BESYLATE ER, VENLAFAXINE HYDROCHLORIDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con otro producto de venlafaxine de la lista de medicamentos O el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación causada por un ingrediente inactivo con otro producto de venlafaxine de la lista de medicamentos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FORTEO
<b>Nombres de medicamentos</b>	FORTEO, TERIPARATIDA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	<p>Para la osteoporosis posmenopáusica: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura por debilidad O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) previa al tratamiento Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) Indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, debilidad, terapia con glucocorticoides, calificaciones T muy bajas o un mayor riesgo de caídas), O b) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo con una terapia inyectable previa para la osteoporosis o es intolerante a esta O c) el paciente ha tenido un ensayo de bisphosphonate por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral. Para la osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura osteoporótica vertebral o de cadera O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX previo al tratamiento Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo con una terapia inyectable previa para la osteoporosis o es intolerante a esta O b) el paciente ha tenido un ensayo de bisphosphonate por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral. Para la osteoporosis inducida por glucocorticoides: el paciente ha tenido una prueba de 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 cumpla con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por debilidad, O 2) la puntuación T previa al tratamiento es inferior o igual a -2.5, O 3) la puntuación T previa al tratamiento es superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX previa al tratamiento.</p>
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 24 meses, continuación: Año del plan

<b>Otros criterios</b>	Continuación del tratamiento: Si el paciente recibió 24 meses o más de tratamiento con cualquier hormona paratiroidea análogica: 1) El paciente sigue o volvió a tener un alto riesgo de fractura; Y 2) el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. El paciente tiene una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX si la probabilidad de 10 años es superior o igual al 20% para cualquier fractura osteoporótica significativa o superior o igual al 3% para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente a la prednisona) por día, la estimación de la calificación de riesgo calculada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para la fractura osteoporótica principal y por 1.2 para la fractura de cadera.
<b>Grupo de autorización previa</b>	FOTIVDA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FOTIVDA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma de células renales: 1) La enfermedad es avanzada, recidivante, resistente o en estadio IV; Y 2) el paciente recibió dos o más tratamientos sistémicos previos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FRUZAQLA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FRUZAQLA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FULPHILA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FULPHILA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
<b>Criterios de exclusión</b>	-

<b>Información médica requerida</b>	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 con ambos criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FYARRO
<b>Nombres de medicamentos</b>	FYARRO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Sarcoma uterino recurrente o inoperable con histología de tumor perivascular de células epiteliales (perivascular epithelioid cell tumor, PEComa)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FYCOMPA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FYCOMPA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri, Spritam. Para el tratamiento adyuvante de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam.
<b>Restricciones de edad</b>	Convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 4 años o más. Convulsiones primarias tónico-clónicas generalizadas; 12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	FYLNETRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FYLNETRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 con ambos criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GALAFOLD
<b>Nombres de medicamentos</b>	GALAFOLD
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GATTEX
<b>Nombres de medicamentos</b>	GATTEX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento inicial del síndrome del intestino corto (short bowel syndrome, SBS): 1) en el caso de pacientes adultos, el paciente ha dependido del apoyo parenteral durante al menos 12 meses; O 2) en el caso de pacientes pediátricos, el paciente depende del apoyo parenteral. Para el SBS, continuación: el requisito de apoyo parenteral disminuyó con respecto al valor inicial mientras estaba en tratamiento con el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un gastroenterólogo, cirujano gastrointestinal o especialista en apoyo nutricional, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	GAVRETO
<b>Nombres de medicamentos</b>	GAVRETO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas positivo para el reordenamiento recurrente del gen RET, carcinoma medular positivo para la mutación del gen RET
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso de cáncer de pulmón de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todos estos requisitos: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el tumor es positivo para fusión RET o positivo para reordenamiento RET.
<b>Restricciones de edad</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas: 18 años o más; cáncer de tiroides: 12 años o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GAZYVA
<b>Nombres de medicamentos</b>	GAZYVA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, linfoma extraganglionar de la zona marginal de las zonas no gástricas (no cutáneas), linfoma de la zona marginal ganglionar, linfoma esplénico de la zona marginal, transformación histológica de los linfomas indolentes para linfoma de células B grandes, linfoma de células del manto, linfoma de células B grandes, linfomas de células B de alto grado, linfoma de Burkitt, linfomas de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante, enfermedad de Castleman, tricoleucemia
<b>Criterios de exclusión</b>	-

<b>Información médica requerida</b>	Para todos los diagnósticos: la enfermedad es positiva a CD20. Para el linfoma de la zona extranganglionar marginal del estómago, linfoma extranganglionar marginal de las zonas no gástricas (no cutáneas), linfoma de la zona marginal ganglionar: el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes entornos: 1) tratamiento de segunda línea o posterior; o 2) tratamiento de mantenimiento; o 3) un sustituto del rituximab en un paciente que experimentó intolerancia o complicaciones poco frecuentes (p. ej., reacción mucocutánea) al rituximab; o 4) tratamiento de primera línea (solo para la indicación del linfoma de la zona marginal ganglionar). Para la transformación histológica de los linfomas indolentes para difundir los linfomas de linfocitos B grandes; linfoma de células del manto; linfoma difuso de linfocitos B grandes; linfomas de linfocitos B de alto grado; linfoma de Burkitt; linfomas de linfocitos B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante; y enfermedad de Castleman: el paciente experimentó intolerancia o complicaciones poco frecuentes (p. ej., reacción mucocutánea) al rituximab.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GILENYA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORHIDRATO DE FINGOLIMOD, GILENYA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GILOTRIF
<b>Nombres de medicamentos</b>	GILOTRIF
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC), el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR) sensibilizante Y a) ha experimentado un evento adverso intolerable o una contraindicación a erlotinib, gefitinib u osimertinib, O 2) tiene NSCLC epidermoide metastásico que progresó después de la quimioterapia basada en platino.

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GIMOTI
<b>Nombres de medicamentos</b>	GIMOTI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El paciente no usará metoclopramida durante más de 12 semanas consecutivas de tratamiento; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la metoclopramida por vía oral O no puede tomar metoclopramida por vía oral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	GIVLAARI
<b>Nombres de medicamentos</b>	GIVLAARI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GLATIRAMER
<b>Nombres de medicamentos</b>	COPAXONA, ACETATO DE GLATIRAMER, GLATOPA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GOCOVRI
<b>Nombres de medicamentos</b>	GOCOVRI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GONADOTROPINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	GONADOTROPINA CORIÓNICA, NOVAREL, PREGNILO CON BENCILO DILUIDO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Inducción de la ovulación
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	GRALISE
<b>Nombres de medicamentos</b>	GABAPENTINA UNA VEZ AL DÍA, GRALISE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la neuralgia posherpética: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la gabapentina de absorción rápida.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	GRANIX
<b>Nombres de medicamentos</b>	GRANIX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre, después de quimioterapia para la leucemia mieloide aguda (acute myeloid leukemia, LMA), neutropenia crónica grave (congénita, cíclica o idiopática), neutropenia en el síndrome mielodisplásico (myelodysplastic syndrome, MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome hematopoyético del síndrome de radiación aguda
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con todos los criterios a continuación: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide Y 2) el paciente ha recibido actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	GRASSTEK
<b>Nombres de medicamentos</b>	GRASSTEK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia sublingual con alérgenos. Antecedentes de esofagitis eosinofílica.
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	De los 5 a los 65 años
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	HORMONA DE CRECIMIENTO
<b>Nombres de medicamentos</b>	GENOTROPINA, GENOTROPINA MINIRRÁPIDA, HUMATROPINA, NORDITROPINA FLEXPOR, NUTROPINA AQ NUSPINA 10, NUTROPINA AQ NUSPINA 20, NUTROPINA AQ NUSPINA 5, OMNITROPE, ZOMACTON
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
<b>Información médica requerida</b>	Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: El paciente (pt) es un recién nacido o se le diagnosticó GHD cuando era recién nacido O cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) es menor de 2.5 años con altura (ht) previa al tratamiento (pre-tx) más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media y la velocidad de crecimiento lenta O 2) 2.5 años o más Y uno de los siguientes: a) velocidad de ht de 1 año pre-tx más de 2 SD por debajo de la media O b) ht pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media y velocidad de ht de 1 SD por debajo de la media. Y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento fallidas (pico inferior a 10 ng/ml), O 2) trastorno de la hipófisis/sistema nervioso central (CNS) (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales adquiridas, anomalías estructurales congénitas) y factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) pre-tx más de 2 SD por debajo de la media. Síndrome de Turner (Turner syndrome, TS): 1) Confirmado mediante cariotipado; Y 2) la estatura previa al tratamiento es inferior al percentil 5 para la edad. Pequeño para la edad gestacional (small for gestational age, SGA): 1) Peso al nacer (wt) inferior a 2500 g en edad gestacional (ED) superior a 37 semanas, O peso al nacer o longitud por debajo del percentil 3 para la ED o al menos 2 SD por debajo de la media para la ED; Y 2) no manifestó crecimiento acelerado antes de los 2 años.
<b>Restricciones de edad</b>	SGA: 2 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo, nefrólogo, especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo/especialista en apoyo nutricional o genetista, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	GHD en adultos: El paciente cumple con cualquiera de los siguientes requisitos: 1) fracaso de 2 pruebas de estimulación de la GH previas al tratamiento; O 2) IGF-1 previo al tratamiento de más de 2 SD por debajo de la media Y fracaso de 1 prueba de estimulación de la GH previa al tratamiento; O 3) enfermedad hipotalámica-hipofisiaria orgánica (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más insuficiencias hormonales hipofisarias Y IGF-1 previo al tratamiento de más de 2 SD por debajo de la media; O 4) anomalías hipotalámicas-hipofisarias genéticas o estructurales; O 5) GHD de inicio en la infancia con anomalías congénitas (genéticas o estructurales) del hipotálamo/hipófisis/SNC. Para la GHD pediátrica, el ST, SGA y la GHD en adultos, continuación del tratamiento: El paciente experimenta una mejora.



<b>Grupo de autorización previa</b>	HAEGARDA
<b>Nombres de medicamentos</b>	HAEGARDA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la profilaxis de ataques agudos debido a angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio O 2) el paciente tiene HAE con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferase 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (myoferlin, MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	6 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	HARVONI
<b>Nombres de medicamentos</b>	HARVONI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el virus de la hepatitis C (VHC): Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento previsto, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh]), presencia o ausencia de infección conjunta por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con la resistencia cuando corresponda, estado del trasplante, si corresponde. Las afecciones de la cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas actuales de tratamiento de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Estadounidense para Enfermedades Infecciosas (American Association for the Study of Liver Diseases and Infectious Diseases Society of America, AASLD-IDSA).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Los criterios se aplican de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA. Recordatorio para la opción de 8 semanas si corresponde.
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	HEMADY
<b>Nombres de medicamentos</b>	HEMADY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	HERCEPTIN
<b>Nombres de medicamentos</b>	HERCEPTIN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF; y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib; y 3) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que</b>	-

**receta**

**Duración de la cobertura**

Año del plan

**Otros criterios**

La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

**Grupo de autorización previa**

HERCEPTIN HYLECTA

**Nombres de medicamentos**

HERCEPTIN HYLECTA

**Indicador de indicación de PA**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

**Usos no aprobados**

Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama irresecable, recurrente o avanzado positivo para HER2.

**Criterios de exclusión**

-

**Información médica requerida**

-

**Restricciones de edad**

-

**Restricciones de la persona que**

-

**receta**

**Duración de la cobertura**

Año del plan

**Otros criterios**

La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

**Grupo de autorización previa**

HERZUMA

**Nombres de medicamentos**

HERZUMA

**Indicador de indicación de PA**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

**Usos no aprobados**

Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2.

**Criterios de exclusión**

-

<b>Información médica requerida</b>	Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF; y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib; y 3) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

<b>Grupo de autorización previa</b>	HETLIOZ
<b>Nombres de medicamentos</b>	HETLIOZ, TASIMELTEON
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno por ciclo de sueño y vigilia diferente de 24 horas: 1) Para el tratamiento inicial y la continuación del tratamiento, el paciente debe cumplir con lo siguiente: a) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (p. ej., retinas que no funcionan); y b) no poder percibir luz en ninguno de los ojos; Y 2) si actualmente recibe tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente debe cumplir con al menos uno de los siguientes: a) aumento del sueño nocturno total; o b) disminución de la duración de la siesta diurna. Para trastornos del sueño nocturno en el síndrome de Smith-Magenis (SSM): 1) Para el tratamiento inicial y la continuación del tratamiento, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SSM; Y 2) si actualmente recibe tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente experimentó una mejora en la calidad del sueño desde que comenzó el tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	Diferente de 24 horas: 18 años o más; SSM: 16 años o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un especialista en trastornos del sueño, un neurólogo o un psiquiatra, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicio: 6 meses, renovación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	HETLIOZ LQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	HETLIOZ LQ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para trastornos del sueño nocturno en el síndrome de Smith-Magenis (SSM): 1) Para el tratamiento inicial y la continuación del tratamiento, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SSM; Y 2) si actualmente recibe tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente experimentó una mejora en la calidad del sueño desde que comenzó el tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	De los 3 a los 15 años
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un especialista en trastornos del sueño, un neurólogo o un psiquiatra, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicio: 6 meses, renovación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO
<b>Nombres de medicamentos</b>	KETOROLAC TROMETHAMINE, PERPHENAZINE/AMITRIPTYLIN, PROMETHAZINE VC, RYCLORA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).
<b>Grupo de autorización previa</b>	HIZENTRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	HIZENTRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	HORIZANT
<b>Nombres de medicamentos</b>	HORIZANT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el síndrome de piernas inquietas: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para pramipexol O ropinirol de absorción rápida. Para la neuralgia posherpética: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la gabapentina de absorción rápida.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan

<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-ANTICONVULSIVOS
<b>Nombres de medicamentos</b>	FENOBARBITAL, FENOBARBITAL SÓDICO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Epilepsia
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	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, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).
<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-ANTIPARKINSON
<b>Nombres de medicamentos</b>	MESILATO DE BENZTROPINA, CLORHIDRATO DE TRIHEXIFENIDILO, HIDROCLORO DE TRIHEXIFENIDILO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. EPS (síntomas extrapiramidales): 1) El paciente no probó el medicamento alternativo amantadina que no es HRM; Y 2) tiene una contraindicación al medicamento alternativo amantadina que no es HRM; O 3) probó el medicamento alternativo amantadina que no es HRM; Y 4) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo amantadina que no es HRM. Parkinson: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).



<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-CARBINOXAMINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CARBINOXAMINE MALEATE, RYVENT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para la rinitis: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).
<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-CLEMASTINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FUMARATO DE CLEMASTINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para la rinitis: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).



<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-CIPROHEPTADINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CIPROHEPTADINA HCL, CLORHIDRATO DE CIPROHEPTADINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Prurito, espasticidad debido a una lesión de la médula espinal
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para la rinitis: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-DIPIRIDAMOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	DIPIRIDAMOL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).

<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-GUANFACINA ER
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORHIDRATO DE GUANFACINA, INTUNIV
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).
<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-GUANFACINA IR
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORHIDRATO DE GUANFACINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).

<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-HIDROXICINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	HIDROXICINA HCL, CLORHIDRATO DE HIDROXICINA, PAMOATO DE HIDROXICINA, VISTARIL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la ansiedad: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente 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 probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 4) tiene ansiedad aguda. Para todas las indicaciones: 1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicitomina, ciclobenzaprina) con el medicamento solicitado, la persona que emite la receta determinó que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente (Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.

<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-HIDROXICINA INYECCIÓN
<b>Nombres de medicamentos</b>	HIDROXICINA HCL, CLORHIDRATO DE HIDROXICINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para el síndrome de abstinencia de alcohol: 1) El paciente no probó uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam; Y 2) tiene una contraindicación a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam; O 3) probó uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam; Y 4) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam. Para la ansiedad: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; O 3) no probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 4) tiene ansiedad aguda.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).

<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-HIPNÓTICOS
<b>Nombres de medicamentos</b>	AMBIEN, AMBIEN CR, EDLUAR, ESZOPICLONA, ZALEPLON, TARTRATO DE ZOLPIDEM, ZOLPIDEM TARTRATO ER
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el insomnio: 1) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) tiene una contraindicación al medicamento alternativo que no es de alto riesgo (non-High Risk Medication, HRM), doxepina (3 mg o 6 mg); O b) se probó el medicamento alternativo doxepina que no es HRM (3 mg o 6 mg) Y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo doxepina que no es HRM (3 mg o 6 mg); Y 2) la persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente; Y 3) si el paciente usa dos o más medicamentos activos del sistema nervioso central (p. ej., lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar varios medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) es médicamente necesario para el paciente (Nota: El uso de varios medicamentos activos del sistema nervioso central [SNC] en adultos de edad avanzada se asocia a un mayor riesgo de caídas).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). Se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-METOSCOPOLAMINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BROMURO DE METOSCOPOLAMINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).

<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-PROMETAZINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	FENERGAN, PROMETAZINA HCL, CLORHIDRATO DE PROMETAZINA, PROMETHEGAN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para la rinitis: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-SCOPOLAMINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	SCOPOLAMINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Salivación excesiva
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.

<b>Grupo de autorización previa</b>	HRM-RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS
<b>Nombres de medicamentos</b>	CARISOPRODOL, CLORHIDRATO DE CICLOBENZAPRINA, METAXALONA, METOCARBAMOL, SOMA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) si el paciente usa uno o más anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicitlomina, hidroxicina) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar múltiples anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente (Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	3 meses
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.

<b>Grupo de autorización previa</b>	HUMIRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	HUMIRA, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S, HUMIRA PEN-PS/UV STARTER
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): 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 probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, 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 están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para la uveítis no infecciosa intermedia, posterior y panuveítis (solo de inicio nuevo): 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide; O 2) tiene una contraindicación que prohibiría probar corticoesteroides.
<b>Grupo de autorización previa</b>	HYFTOR
<b>Nombres de medicamentos</b>	HYFTOR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	6 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-



<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	BENZODIAZEPINAS HIPNÓTICAS
<b>Nombres de medicamentos</b>	ESTAZOLAM, HALCION, TRIAZOLAM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión); Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a la doxepina (3 mg o 6 mg).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. Se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
<b>Grupo de autorización previa</b>	HYQVIA
<b>Nombres de medicamentos</b>	HYQVIA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

<b>Grupo de autorización previa</b>	IBRANCE
<b>Nombres de medicamentos</b>	IBRANCE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Liposarcoma bien diferenciado/desdiferenciado irreseccable del retroperitoneo; cáncer de mama recidivante positivo para receptor hormonal y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica; Y 2) la paciente tiene una enfermedad positiva para receptor hormonal (RH) y negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un inhibidor de la aromatasas o fulvestrant; Y 4) la paciente experimentó un evento adverso intolerable a Kisqali (ribociclib) O Verzenio (abemaciclib), o tiene una contraindicación a Kisqali (ribociclib) Y Verzenio (abemaciclib).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	IBSRELA
<b>Nombres de medicamentos</b>	IBSRELA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	IBUPROFEN-FAMOTIDINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	IBUPROFEN/FAMOTIDINE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a dos pautas diferentes que contienen cualquier combinación de un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y un inhibidor de la secreción ácida de cualquiera de las siguientes clases de medicamentos: Antagonista del receptor H2 (H2RA), inhibidor de la bomba de protones (proton pump inhibitor, PPI).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-

<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ICATIBANT
<b>Nombres de medicamentos</b>	FIRAZYR, ICATIBANT ACETATE, SAJAZIR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de ataques agudos debido a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con insuficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio; O 2) el paciente tiene AEH con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF); b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema que fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ICLUSIG
<b>Nombres de medicamentos</b>	ICLUSIG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de FGFR1 o ABL1 en la fase crónica o fase blástica, tumores del estroma gastrointestinal
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El paciente tiene CML en fase de aceleración o blástica y no se indica ningún otro inhibidor de la cinasa; O 2) tiene CML en fase crónica y experimentó resistencia o intolerancia a al menos 2 inhibidores de la cinasa previos, Y al menos uno de esos fue imatinib, dasatinib o nilotinib; O 3) el paciente es positivo para la mutación T315I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL. Para tumores del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumors, GIST): 1) La enfermedad cumple con cualquiera de los siguientes requisitos: A) Es residual; B) irreseccable; C) recurrente; D) metastásica/presenta rotura tumoral; Y 2) evolucionó después de usar al menos dos tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	IDACIO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ADALIMUMAB-AACF (2 PLUMAS), ADALIMUMAB-AACF (2 JERINGAS), IDACIO (2 PLUMAS), IDACIO (2 JERINGAS), PAQUETE INICIAL DE IDACIO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): 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 probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, 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 están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para la uveítis no infecciosa intermedia, posterior y panuveítis (solo de inicio nuevo): 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide; O 2) tiene una contraindicación que prohibiría probar corticoesteroides.

<b>Grupo de autorización previa</b>	IDHIFA
<b>Nombres de medicamentos</b>	IDHIFA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Leucemia mieloide aguda de diagnóstico reciente
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide aguda (acute myeloid leukemia, AML) con una mutación de isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2): 1) el paciente tiene AML de diagnóstico reciente y no es candidato para un tratamiento de inducción intensivo; O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la inducción después de la respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado; O 3) el paciente tiene AML recidivante o resistente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ILARIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	ILARIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis idiopática juvenil sistémica activa o la enfermedad de Still activa de inicio en la edad adulta (inicio nuevo únicamente), el paciente debe cumplir con cualquiera de los siguientes criterios: 1) respuesta insuficiente a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (nonsteroidal anti-inflammatory drug, NSAID), un corticoesteroide, methotrexate o leflunomide, O 2) respuesta insuficiente o intolerancia a un medicamento biológico previo antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD). Para las crisis de gota, el paciente debe cumplir con todos los siguientes (inicio nuevo únicamente): 1) dos o más crisis de gota dentro de los 12 meses anteriores al tratamiento inicial con el medicamento solicitado Y 2) respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación a al menos dos de los siguientes: medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), colchicine o corticosteroids. Para las crisis de gota (continuación): el paciente experimentó una respuesta clínica positiva al tratamiento con el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ILUMYA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ILUMYA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	IMATINIB
<b>Nombres de medicamentos</b>	GLEEVEC, MESILATO DE IMATINIB
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tumores desmoides; sinovitis vellonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinovial (PVNS/TGCT); cordoma recidivante, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi; enfermedad crónica de injerto contra huésped (chronic graft versus host disease, cGVHD); leucemia linfoblástica aguda de linfocitos T con translocación de clase ABL; mastocitosis sistémica agresiva para la mastocitosis sistémica bien diferenciada (WDSM) o cuando la eosinofilia está presente con el gen de fusión FIP1L1-PDGFRA; neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1, FIP1L1-PDGFRA o PDGFRB en la fase crónica o la blástica.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide crónica (CML) o la leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (Ph+ ALL), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL. Para la CML: El paciente no fracasó (excepto el fracaso debido a intolerancia) antes del tratamiento con un inhibidor de la tirosina cinasa. Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones que activan c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido evolución de la enfermedad, intolerancia o riesgo de evolución con el tratamiento dirigido a un gen BRAF.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que</b>	-

<b>receta</b>	
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	IMBRUVICA
<b>Nombres de medicamentos</b>	IMBRUVICA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tricoleucemia; linfoma linfoplasmacítico; linfoma primario del sistema nervioso central (SNC); linfomas de linfocitos B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); linfoma difuso de linfocitos B grandes; trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante; linfoma de linfocitos B de alto grado; linfoma de células del manto; linfoma de zonas marginales (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, linfoma extraganglionar de la zona marginal de sitios no gástricos, linfoma de la zona marginal ganglionar, linfoma esplénico de la zona marginal)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el linfoma de células del manto: 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Calquence (acalabrutinib); O 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con rituximab como tratamiento previo a la terapia de inducción con el régimen de RHyperCVAD (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y dexametasona); O 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de inducción agresivo. Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, el linfoma extraganglionar de la zona marginal de los sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma esplénico de la zona marginal): el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o posterior. Para la tricoleucemia: el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único para la evolución de la enfermedad. Para el linfoma del CNS primario: 1) la enfermedad es recidivante o resistente O 2) el medicamento solicitado se utiliza para tratamiento de inducción como agente único. Para el linfoma difundible de células B grandes, linfoma de células B de alto grado, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El medicamento solicitado se utilizará como agente único y como tratamiento de segunda línea o posterior para la enfermedad resistente o recidivante. Para trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido quimioinmunoterapia previa. En el caso de la leucemia linfocítica crónica/el linfoma linfocítico de células pequeñas: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Calquence (acalabrutinib).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	IMDELLTRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	IMDELLTRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	IMFINZI
<b>Nombres de medicamentos</b>	IMFINZI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) en estadio II irresecable; NSCLC recurrente; mantenimiento con fármaco único para el cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio extenso después del tratamiento combinado con etopósido y carboplatino; carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino (small cell neuroendocrine carcinoma of the cervix, NECC) resistente, recurrente o metastásico; adenocarcinoma ampolloso; cáncer gástrico; tipos de cáncer de la unión esofágica y esofagogástrica; mesotelioma pleural.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es irresecable en estadio II o III; O 2) es recurrente, avanzada o metastásica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	IMJUDO
<b>Nombres de medicamentos</b>	IMJUDO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, cáncer gástrico y tipos de cáncer de la unión esofágica y esofagogástrica.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	IMPAVIDO
<b>Nombres de medicamentos</b>	IMPAVIDO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Embarazo. Síndrome de Sjogren-Larsson.
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	28 días
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	IMVEXXY
<b>Nombres de medicamentos</b>	PAQUETE DE MANTENIMIENTO DE IMVEXXY, PAQUETE INICIAL DE IMVEXXY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	INBRIJA
<b>Nombres de medicamentos</b>	INBRIJA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento inicial de episodios sintomáticos en la enfermedad de Parkinson: 1) El paciente actualmente recibe tratamiento con carbidopa/levodopa por vía oral; Y 2) no tiene ninguna de las siguientes enfermedades: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otra enfermedad pulmonar crónica subyacente. Para la continuación del tratamiento de episodios sintomáticos en la enfermedad de Parkinson: El paciente experimenta una mejora con el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	INCRELEX
<b>Nombres de medicamentos</b>	INCRELEX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
<b>Información médica requerida</b>	Para el retraso del crecimiento debido a la insuficiencia primaria grave del factor de crecimiento insulínico de tipo 1 (IGF-1) o la supresión del gen de la hormona del crecimiento (GH) en pacientes que desarrollaron anticuerpos neutralizantes de la GH, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos antes de comenzar el tratamiento con el medicamento solicitado (solo de inicio nuevo): 1) estatura de 3 o más desviaciones estándar (SD) por debajo de la media para niños del mismo sexo y edad; Y 2) nivel inicial de IGF-1 de 3 o más SD por debajo de la media para niños del mismo sexo y edad; Y 3) análisis de provocación de la hormona del crecimiento que muestra un nivel normal o elevado de la hormona del crecimiento. Para el retraso del crecimiento debido a la insuficiencia primaria grave del IGF-1 o la supresión del gen de la GH en pacientes que desarrollaron anticuerpos neutralizantes de la GH, continuación del tratamiento: el paciente experimenta una mejora.
<b>Restricciones de edad</b>	2 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	INFLECTRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	INFLECTRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Síndrome de Behcet; hidrosadenitis supurativa; artritis idiopática juvenil; piodermia gangrenosa; sarcoidosis; arteritis de Takayasu; uveítis.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) El paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida; O b) el paciente experimentó intolerancia o contraindicación al MTX Y a la leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antiirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placa de moderada a grave (inicio nuevo únicamente): 1) Al menos el 3% del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O ciertas áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O 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 ciertas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] se ven afectados).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para la hidrosadenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación cuando probó un tratamiento inmunodepresor para la uveítis. Para todas las indicaciones: El paciente experimentó un evento adverso intolerable a Renflexis, y este evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción.

<b>Grupo de autorización previa</b>	INLYTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	INLYTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Carcinoma tiroideo (papilar, oncocítico o folicular), sarcoma alveolar de partes blandas
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma de células renales: la enfermedad está avanzada, es recidivante o está en estadio IV.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	INQOVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	INQOVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	INREBIC
<b>Nombres de medicamentos</b>	INREBIC
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la cinasa Janus 2 (JAK2), neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y una reordenación de JAK2: la enfermedad está en fase crónica o en fase bástica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SUMINISTROS DE INSULINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	-
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El producto solicitado se usa con insulina.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	INTRAROSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	INTRAROSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	IQIRVO
<b>Nombres de medicamentos</b>	IQIRVO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la colangitis biliar primaria (primary biliary cholangitis, PBC): Para el tratamiento inicial: 1) El diagnóstico de PBC se confirma mediante al menos dos de los siguientes requisitos: a) evidencia bioquímica de colestasis con elevación del nivel de fosfatasa alcalina (alkaline phosphatase, ALP) durante al menos 6 meses; b) presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) (título superior a 1:40 por inmunofluorescencia o reacción inmunoenzimática) o anticuerpos antinucleares (ANA) específicos para PBC (p. ej., anti-gp210, anti-sp100); c) evidencia histológica de PBC en biopsia hepática (p. ej., inflamación no supurativa y destrucción de conductos biliares interlobulares y septales); y 2) el paciente tiene un nivel elevado de ALP en suero antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado y cumple con uno de los siguientes requisitos: a) experimentó una respuesta insuficiente ante al menos 12 meses de tratamiento previo con ácido ursodesoxicólico (ursodeoxycholic acid, UDCA)/ursodiol, y continuará con el tratamiento de reemplazo con UDCA/ursodiol; b) es intolerante al tratamiento previo con UDCA/ursodiol. Para la PBC (continuación): El paciente logró o mantuvo un beneficio clínico del tratamiento con Iqirvo.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	IR ANTES DE ER
<b>Nombres de medicamentos</b>	CONZIP, HYDROCODONE BITARTRATE ER, HYDROMORPHONE HCL ER, HYDROMORPHONE HYDROCHLORI, HYSINGLA ER, LEVORPHANOL TARTRATE, METHADONE HCL, METHADONE HYDROCHLORIDE I, MORPHINE SULFATE ER, MS CONTIN, NUCYNTA ER, OXYCONTIN, OXYMORPHONE HYDROCHLORIDE, TRAMADOL HCL ER, TRAMADOL HYDROCHLORIDE ER, XTAMPZA ER
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia drepanocítica, una afección terminal o el dolor que se maneja mediante cuidados paliativos; O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El medicamento solicitado se receta para el dolor intenso y lo suficientemente persistente como para requerir un período de tratamiento extendido 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 en función de sus antecedentes de uso de opioides (Nota: Este medicamento debe recetarse solo por profesionales de atención médica que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el manejo del dolor crónico); Y 3) el paciente fue evaluado y se lo controlará para detectar el desarrollo de trastorno por uso de opioides; Y 4) esta solicitud es para continuar el tratamiento en un paciente que ha estado recibiendo un opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días, O el paciente tomó un opioide de absorción lenta durante al menos una semana.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	IRESSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	GEFITINIB, IRESSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el paciente debe tener una mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ISOTRETINOINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ABSORICA, ABSORICA LD, ACCUTANE, AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOINA, ZENATANE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Acné vulgar resistente; rosácea resistente grave; neuroblastoma; linfoma de linfocitos T cutáneos (cutaneous T-cell lymphoma, CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sézary); alto riesgo de desarrollar cáncer de piel (tipos de cáncer de células epidermoides); dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover); queratosis folicular (enfermedad de Darier); ictiosis laminar, pitiriasis roja pilar.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ISTURISA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ISTURISA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	ITRACONAZOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	ITRACONAZOL, SPORANOX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Coccidiodomicosis; profilaxis de coccidiodomicosis en infección por VIH; criptococosi; microsporidiosis; talaromicosis (anteriormente peniciliosis); profilaxis de la histoplasmosis en la infección por VIH; profilaxis invasiva de infección fúngica en trasplante de hígado; enfermedad granulomatosa crónica (chronic granulomatous disease, CGD) y neoplasia hemática; esporotricosis; pitiriasis versicolor; tiña versicolor; tiña corporal; tiña crural; tiña de la cabeza; tiña de la mano; tiña del pie; tratamiento primario para la aspergilosis broncopulmonar alérgica; tratamiento primario para la aspergilosis pulmonar crónica cavitaria o subaguda invasiva (necrotizante)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la onicomicosis debido a dermatofitos (tiña ungueal), el diagnóstico se confirmó mediante una prueba de diagnóstico fúngico (p. ej., preparación de hidróxido de potasio [potassium hydroxide, KOH], cultivo fúngico o biopsia de uñas). Para el tratamiento primario de la aspergilosis broncopulmonar alérgica, el medicamento solicitado se inicia en combinación con corticoesteroides sistémicos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Histoplasmosis diseminada/del SNC, profilaxis de histoplasmosis/CM/CGD, PA cavitaria crónica/necrotizante: 12 meses. Otros: 6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	COMPRIMIDOS DE IVERMECTINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	IVERMECTINA, ESTROMECTOL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Ascariasis; larva migratoria cutánea; mansoneliasis; sarna; gnatostomiasis; pediculosis
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado no se receta para la prevención o el tratamiento de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	IVIG
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALYGLO, BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, LÍQUIDO GAMMAGARD, GAMMAGARD S/D IGA MENOS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia linfaticocítica crónica (chronic lymphocytic leukemia, CLL) de linfocitos B: 1) los niveles de IgG en suero son inferiores a 500 mg/dl; O 2) existen antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para trasplante de médula ósea/trasplante de células madre hematopoyéticas (BMT/HSCT): 1) Se solicita la IVIG dentro de los primeros 100 días posteriores al trasplante O 2) IgG en suero inferior a 400 mg/dl. Para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pediátrica: 1) IgG en suero inferior a 400 mg/dl O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para dermatomiositis y polimiositis: 1) se probó al menos un tratamiento de referencia de primera línea (corticoesteroides o inmunodepresores), pero no tuvo éxito o no se toleró; O 2) el paciente no puede recibir tratamiento de referencia debido a una contraindicación u otro motivo clínico. Para la aplasia pura de la serie roja (pure red cell aplasia, PRCA): La PRCA es secundaria a la infección por parvovirus B19.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	IWILFIN
<b>Nombres de medicamentos</b>	IWILFIN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	IZERVAY
<b>Nombres de medicamentos</b>	IZERVAY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la atrofia geográfica (AG) secundaria a la degeneración macular asociada a la edad (age-related macular degeneration, AMD): El paciente no recibió previamente 12 meses o más de tratamiento con el medicamento solicitado en cada ojo afectado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	JAKAFI
<b>Nombres de medicamentos</b>	JAKAFI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Mielofibrosis de menor riesgo; neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica; leucemia linfoblástica aguda (acute lymphoblastic leukemia, ALL); leucemia mielomonocítica crónica (chronic myelomonocytic leukemia, CMML)-2; síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia; trombocitemia esencial; neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2; leucemia prolinfocítica de linfocitos T
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la policitemia vera: 1) el paciente tuvo una respuesta insuficiente o intolerancia a la hidroxiurea y Besremi (ropeginterferón alfa-2b-njft); O 2) tiene una enfermedad de alto riesgo. Para la leucemia linfoblástica aguda: el paciente tiene una mutación del factor similar al receptor de citocina 2 (cytokine receptor-like factor 2, CRLF2) o una mutación asociada con la activación de la vía de la cinasa Janus/señal y los activadores de la transcripción (JAK/STAT). Para la CMML-2: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un hipometilante. Para el síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia: el medicamento solicitado se utiliza como fármaco único o en combinación con un hipometilante. Para la trombocitemia esencial: el paciente tuvo una respuesta insuficiente o falta de respuesta a la hidroxiurea, el tratamiento con interferón o la anagrelida. Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y una reordenación de JAK2: la enfermedad está en fase crónica o en fase blástica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	JATENZO
<b>Nombres de medicamentos</b>	JATENZO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Disforia de género
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: El paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	JAYPIRCA
<b>Nombres de medicamentos</b>	JAYPIRCA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico de células pequeñas (lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma, CLL/SLL): El paciente cumple ambos de los siguientes criterios: 1) El paciente recibió un tratamiento previo con un inhibidor de la tirosina-cinasa de Bruton (Bruton Tyrosine Kinase, BTK), por ejemplo, Calquence (acalabrutinib); Y 2) recibió un tratamiento previo con un inhibidor del linfoma de linfocitos B 2 (B-cell lymphoma 2, BCL-2). Para el linfoma de células del manto: el paciente recibió tratamiento previo para un inhibidor de la BTK, por ejemplo, Calquence (acalabrutinib).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	JEMPERLI
<b>Nombres de medicamentos</b>	JEMPERLI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para los tumores sólidos y el cáncer de endometrio: el paciente tiene una enfermedad con inestabilidad de microsatélites alta (microsatellite instability-high, MSI-H) o con alteración de la vía reparadora de emparejamiento (mismatch repair deficient, dMMR).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	J EVTANA
<b>Nombres de medicamentos</b>	J EVTANA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente tiene un diagnóstico de cáncer de próstata metastásico resistente a la castración.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	JOENJA
<b>Nombres de medicamentos</b>	JOENJA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el síndrome de fosfoinositida 3-quinasa delta activada (activated phosphoinositide 3-kinase delta syndrome, APDS): el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que demostraron una variante en PIK3CD o PIK3R1.
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	JUXTAPID
<b>Nombres de medicamentos</b>	JUXTAPID
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el inicio del tratamiento para la hipercolesterolemia hereditaria homocigótica (homozygous familial hypercholesterolemia, HoFH), el paciente (pt) debe cumplir con TODOS los siguientes requisitos: A) Diagnóstico de HoFH confirmado por uno de los siguientes: 1) Pruebas genéticas para confirmar dos alelos mutantes en el receptor de lipoproteínas de baja densidad (low-density lipoprotein receptor, LDLR), apolipoproteína B (ApoB), proproteína convertasa subtilisina/kexina de tipo 9 (PCSK9) o locus del gen de la proteína adaptadora 1 del receptor de lipoproteína de baja densidad (LDLRAP1) O 2) Antecedentes de niveles de colesterol de lipoproteína de baja densidad (LDL-C) no tratados superiores a 400 mg/dl y cualquiera de los siguientes: a) presencia de xantomas cutáneos o tendinosos antes de los 10 años; o b) un nivel de LDL-C no tratado superior o igual a 190 mg/dl en ambos padres, que concuerda con la hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HeFH), Y B) antes del inicio del tratamiento, el paciente está recibiendo actualmente tratamiento con una estatina de alta intensidad a una dosis máxima tolerada o a la dosis máxima aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), a menos que el paciente sea intolerante a las estatinas o tenga una contraindicación al tratamiento con estatinas, Y C) antes del inicio del tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente recibe actualmente tratamiento con un medicamento dirigido con PCSK9 a una dosis máxima tolerada o a la dosis máxima aprobada por la FDA, a menos que el paciente haya experimentado una intolerancia o tenga una contraindicación a todas las terapias dirigidas con PCSK9, Y D) antes de iniciar el tratamiento, el paciente está/estaba experimentando una respuesta insuficiente a un tratamiento de disminución de lípidos según lo indicado por un LDL-C tratado superior a 100 mg/dl (o superior a 70 mg/dl con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica). Y E) el paciente continuará recibiendo un tratamiento de reducción de lípidos concomitante. Para la renovación del tratamiento para tratar la HoFH: A) El paciente cumple con todos los criterios iniciales; Y B) respondió al tratamiento según lo demostrado por una reducción en el LDL-C con respecto al valor inicial; Y C) recibe un tratamiento concomitante de reducción de lípidos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	JYNARQUE
<b>Nombres de medicamentos</b>	JYNARQUE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-

<b>Crterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KALBITOR
<b>Nombres de medicamentos</b>	KALBITOR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Crterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de ataques agudos debido a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con insuficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio; O 2) el paciente tiene AEH con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF); b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema que fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KALYDECO
<b>Nombres de medicamentos</b>	KALYDECO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Crterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la fibrosis quística (FQ): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	KANJINTI
<b>Nombres de medicamentos</b>	KANJINTI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF; y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib; y 3) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	KANUMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	KANUMA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la insuficiencia de lipasa ácida lisosómica: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima



	lipasa ácida lisosómica o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KESIMPTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	KESIMPTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KETOCONAZOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	KETOCONAZOL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Síndrome de Cushing
<b>Criterios de exclusión</b>	Enfermedad hepática aguda o crónica. Uso concomitante con medicamentos que están contraindicados con comprimidos de ketoconazol: dofetilida, quinidina, pimozida, cisaprida, metadona, disopiramida, dronedarona, ranolazina, alcaloides ergóticos, irinotecán, lurasidona, midazolam por vía oral, alprazolam, triazolam, felodipina, nisoldipina, tolvaptán, eplerenona, lovastatina, simvastatina o colchicina.
<b>Información médica requerida</b>	Los posibles beneficios superan los riesgos del tratamiento con ketoconazol por vía oral. Para las infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene alguno de los siguientes diagnósticos: blastomicosis, coccidioidomicosis, histoplasmosis, cromomicosis o paracoccidioidomicosis. Para el síndrome de Cushing: el medicamento solicitado se receta para un paciente que no puede tolerar una cirugía, o cuando la cirugía no fue curativa.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	KETOPROFEN
<b>Nombres de medicamentos</b>	KETOPROFEN, KETOPROFEN ER, KIPROFEN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a dos medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) orales.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KEVEYIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	DICLOFENAMIDA, KEVEYIS, ORMALVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la parálisis periódica hipopotasiémica primaria: 1) El diagnóstico fue respaldado por resultados de pruebas genéticas; O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de parálisis periódica hipopotasiémica primaria; O 3) los ataques del paciente están asociados con la hipopotasiemia Y se han descartado tanto el síndrome de Andersen-Tawil como la parálisis periódica tirotóxica. Para la parálisis periódica HIPERpotasiémica primaria: 1) El diagnóstico fue respaldado por los resultados de pruebas genéticas, O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de parálisis periódica hiperpotasiémica primaria O 3) los ataques del paciente están asociados con hiperpotasiemia Y se ha descartado el síndrome de Andersen-Tawil. Para la continuación del tratamiento para la parálisis periódica HIPOpotasiémica primaria e HIPERpotasiémica primaria: El paciente exhibe una respuesta al tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una menor cantidad o gravedad de los ataques.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 2 meses. Continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KEVZARA
<b>Nombres de medicamentos</b>	KEVZARA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-

<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para polimialgia reumática (polymyalgia rheumatica, PMR) (inicio nuevo únicamente): 1) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con corticoesteroides O 2) el paciente ha experimentado una exacerbación de la enfermedad mientras intentaba disminuir de forma gradual los corticoesteroides.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	KEYTRUDA
<b>Nombres de medicamentos</b>	KEYTRUDA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KIMMTRAK
<b>Nombres de medicamentos</b>	KIMMTRAK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KINERET
<b>Nombres de medicamentos</b>	KINERET
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Artritis idiopática juvenil sistémica, enfermedad de Still del adulto, enfermedad de Castleman multicéntrica, síndrome de Schnitzler, enfermedad de Erdheim-Chester.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para la artritis idiopática juvenil sistémica activa (inicio nuevo únicamente): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Tyenne (tocilizumab-aazg).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	KISQALI
<b>Nombres de medicamentos</b>	KISQALI, KISQALI FEMARA 200 DOSIS, KISQALI FEMARA 400 DOSIS, KISQALI FEMARA 600 DOSIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama recurrente positivo para receptor hormonal y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (human epidermal growth factor receptor 2, HER2), en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozol, para tumores positivos para receptores de estrógeno.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KLISYRI
<b>Nombres de medicamentos</b>	KLISYRI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes: A) Crema de imiquimod al 5%; B) crema o solución de fluorouracilo.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KONVOMEPE
<b>Nombres de medicamentos</b>	KONVOMEPE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de úlcera gástrica benigna activa: 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento a una prueba de un mes de cada uno de los dos inhibidores de la bomba de protones (proton pump inhibitors, PPI) O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia o el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de un mes de dos inhibidores de la bomba de protones (PPI) Y 3) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas).

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	3 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KORLYM
<b>Nombres de medicamentos</b>	KORLYM, MIFEPRISTONA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KOSELUGO
<b>Nombres de medicamentos</b>	KOSELUGO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Glioma delimitado recurrente o progresivo positivo para la fusión del BRAF o mutación activadora V600E del gen BRAF, histiocitosis de células de Langerhans.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	Para neurofibromatosis de tipo 1: 2 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KRAZATI
<b>Nombres de medicamentos</b>	KRAZATI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recidivante positivo para KRAS G12C, metástasis cerebral del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) del NSCLC positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma del páncreas positivo para KRAS G12C.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	KRISTALOSE
<b>Nombres de medicamentos</b>	KRISTALOSE, LACTULOSE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el estreñimiento: 1) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con una prueba de un mes con solución de lactulosa genérica, O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia que prohibiría una prueba de un mes con solución de lactulosa genérica O 3) el paciente tiene una contraindicación a un principio inactivo en la solución de lactulosa genérica que no está contenido en el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KRYSTEXXA
<b>Nombres de medicamentos</b>	KRYSTEXXA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado no se utilizará de forma concomitante con fármacos por vía oral reductores de los niveles de urato. Para el inicio del tratamiento para la gota crónica: 1) el paciente debe cumplir con cualquiera de los siguientes criterios: a) tuvo una respuesta insuficiente a un ensayo de 3 meses de un inhibidor de la xantina-oxidasa a la dosis máxima médicamente adecuada, a menos que exista un motivo clínico para no completar un ensayo (p. ej., reacción alérgica grave, toxicidad, intolerancia, interacción medicamentosa significativa, disfunción renal grave [solo para el alopurinol], insuficiencia renal en etapa terminal [solo para el febuxostat], o antecedentes de enfermedad cardiovascular (cardiovascular disease, CVD) o un evento nuevo cardiovascular (new cardiovascular, CV) [solo para el febuxostat]); o b) si existe un motivo clínico para no completar un ensayo de 3 meses con un inhibidor de la xantina-oxidasa, se requiere una respuesta insuficiente a una prueba de 3 meses de probenecid, a menos que exista un motivo clínico para no completar una prueba de probenecid (p. ej., insuficiencia renal [tasa de filtración glomerular de 30 ml por minuto o menos], reacción alérgica grave, toxicidad, intolerancia, discrasias sanguíneas existentes o cálculos renales de ácido úrico, e interacción medicamentosa significativa); Y 2) el paciente experimenta crisis frecuentes de gota (2 por año o más) O tiene al menos 1 tofo gotoso o artritis gotosa. Para la continuación del tratamiento para la gota crónica: 1) el paciente no tuvo 2 mediciones consecutivas del nivel de ácido úrico por encima de 6 mg/dl; Y 2) el experimenta un beneficio del tratamiento (p. ej., niveles séricos de ácido úrico inferiores a 6 mg/dl, reducción de tofos, reducción de síntomas o exacerbaciones).

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	KYPROLIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	KYPROLIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma linfoplasmacítico, amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LAMZEDE
<b>Nombres de medicamentos</b>	LAMZEDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para las manifestaciones de alfa-manosidosis que no sean del sistema nervioso central: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima alfa-manosidosis o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LAPATINIB
<b>Nombres de medicamentos</b>	DITOSILATO DE LAPATINIB, TIKERB
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama recidivante positivo para HER2, cordoma recidivante positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular).



<b>Crterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de mama, la paciente cumple con todos los siguientes requisitos: a) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica (incluida la metástasis cerebral); b) les positiva para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); c) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con cualquiera de los siguientes: 1) inhibidor de la aromataasa, 2) capecitabina O 3) trastuzumab. Para el cáncer colorrectal: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab; y 2) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LEMTRADA
<b>Nombres de medicamentos</b>	LEMTRADA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Crterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para las formas recidivantes de esclerosis múltiple (MS) (p. ej., MS recidivante-remitente, MS progresiva secundaria activa), el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) Para el primer curso de tratamiento, el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente a dos o más medicamentos indicados para la MS a pesar de la duración adecuada del tratamiento y 2) para el segundo curso y los posteriores, el tratamiento comenzará al menos 12 meses después de la última dosis del curso de tratamiento anterior.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	30 días
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LENVIMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	DOSIS DIARIA DE LENVIMA 10 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 12MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 14 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 18 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 20 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 24 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 4 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 8 MG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Carcinoma medular de tiroides, carcinoma endometrial recurrente, carcinoma tímico, melanoma cutáneo irreseccable o metastásico.
<b>Crterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de tiroides diferenciado (folicular, papilar u oncocítico): la enfermedad no es tributaria de tratamiento con yodo radiactivo e irreseccable, localmente recurrente,

persistente o metastásico. Para el carcinoma hepatocelular (HCC): la enfermedad es irresecable o inoperable, local, metastásica o con una carga tumoral hepática extensa. Para el carcinoma de células renales (RCC): la enfermedad está avanzada, es recidivante o está en estadio IV. Para el carcinoma endometrial (CE), el paciente cumple con 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 evolución de la enfermedad después de un tratamiento sistémico previo.

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	LEUKINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	LEUKINE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Profilaxis de la neutropenia febril (NF) inducida por quimioterapia; neutropenia en síndromes mielodisplásicos (MDS); neutropenia en anemia aplásica; neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); neutropenia crónica grave (congénita, cíclica o idiopática).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Si recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril (NF) inducida por quimioterapia, el paciente debe cumplir con ambos criterios: 1) El paciente tiene un cáncer no mielóide; y 2) actualmente recibe o recibirá tratamiento mielosupresor contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LEUPROLIDE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ACETATO DE LEUPROLIDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Uso en combinación con la hormona del crecimiento para niños con retraso del crecimiento y pubertad avanzada, tumores recurrentes de las glándulas salivales positivos para el receptor de andrógenos, pubertad precoz central
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la pubertad precoz central (central precocious puberty, CPP): Los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin releasing hormone, GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (HL) de tercera generación; 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP; 3) la aparición de características sexuales secundarias se produjo antes de los 8 años de edad para las pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad para los pacientes de sexo masculino.
<b>Restricciones de edad</b>	CPP: El paciente debe tener menos 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	LIBTAYO
<b>Nombres de medicamentos</b>	LIBTAYO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas recurrente, cáncer de cuello uterino, cáncer de vulva.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma de células basales: el paciente fue tratado previamente con un inhibidor de la vía Hedgehog O el tratamiento con un inhibidor de la vía Hedgehog no es adecuado. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): la enfermedad es avanzada, recidivante o metastásica. Para el cáncer de cuello uterino y de vulva: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o posterior.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PARCHES DE LIDOCAÍNA
<b>Nombres de medicamentos</b>	LIDOCAÍNA, LIDOCAN, TRIDACAÍNA II, ZTLIDO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Dolor asociado con la neuropatía diabética; dolor asociado con la neuropatía relacionada con el cáncer (incluida la neuropatía relacionada con el tratamiento [p. ej., neuropatía asociada con radioterapia o quimioterapia]).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	LITFULO
<b>Nombres de medicamentos</b>	LITFULO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la alopecia areata grave (inicial): 1) el paciente tiene caída del cabello en al menos el 50 % del cuero cabelludo según la medición de la Herramienta de gravedad de la alopecia (Severity of Alopecia Tool, SALT) Y 2) el paciente no tiene alopecia con patrón principalmente difuso (caracterizada por caída difusa del cabello) u otras formas de alopecia (p. ej., alopecia androgenética, tricotilomanía, efluvio telógeno, caída del cabello inducida por quimioterapia). Para la alopecia areata grave (continuación): El paciente ha logrado o mantenido una respuesta clínica positiva demostrada por una mejora en los signos y síntomas de la afección desde el inicio (p. ej., aumento de la cobertura del cabello en el cuero cabelludo).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LIVMARLI
<b>Nombres de medicamentos</b>	LIVMARLI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento del prurito colestásico en pacientes con síndrome de Alagille (Alagille Syndrome, ALGS) (continuación): el paciente experimentó un beneficio del tratamiento (por ejemplo, mejora del prurito).
<b>Restricciones de edad</b>	3 meses de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un hepatólogo o gastroenterólogo, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LIVTENCITY
<b>Nombres de medicamentos</b>	LIVTENCITY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas, un especialista en trasplantes, un hematólogo u un oncólogo, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	3 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	LODOCO
<b>Nombres de medicamentos</b>	LODOCO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LONSURF
<b>Nombres de medicamentos</b>	LONSURF
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de esófago irreseccable, localmente avanzado, recurrente o metastásico. Cáncer gástrico y cáncer de la unión gastroesofágica irreseccables, localmente avanzados o recurrentes. Adenocarcinoma apendicular avanzado o metastásico.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 criterios a continuación: 1) La enfermedad es irreseccable, localmente avanzada, recurrente o metastásica; y 2) el paciente fue tratado previamente con al menos dos líneas previas de quimioterapia.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LOQTORZI
<b>Nombres de medicamentos</b>	LOQTORZI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	LORBRENA
<b>Nombres de medicamentos</b>	LORBRENA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK); NSCLC metastásico, avanzado o recidivante positivo para el reordenamiento del protoncogén tirosina-proteína cinasa ROS1 (ROS1); enfermedad de Erdheim-Chester positiva para ALK sintomática o recidivante/refractaria; tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) con translocación de ALK (incluidos el sarcoma uterino avanzado, recidivante/metastásico o inoperable para IMT con translocación de ALK), metástasis cerebral del sistema nervioso central (SNC) por NSCLC positivo para reordenamiento de la ALK, linfoma difundible de células B grandes positivo para ALK recidivante o resistente
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas recidivante, avanzado o metastásico: 1) la enfermedad es positiva para ALK Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib) O 3) la enfermedad es positiva para el reordenamiento de la ROS1 y el medicamento solicitado se está utilizando después de la evolución de la enfermedad con crizotinib, entrectinib o ceritinib.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LOREEV
<b>Nombres de medicamentos</b>	LOREEV XR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se está utilizando en simultáneo 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 tratar los síntomas del trastorno de ansiedad; O el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS fármacos de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN); Y 2) la persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis

	reducidas o usarlos con precaución o supervisión).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	4 meses
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
<b>Grupo de autorización previa</b>	LUCEMYRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORHIDRATO DE LOFEXIDINA, LUCEMYRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LUCENTIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	LUCENTIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	LUMAKRAS
<b>Nombres de medicamentos</b>	LUMAKRAS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para KRAS G12C
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	LUMIZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	LUMIZYME
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Pompe: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa (GAA) o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LUMRYZ
<b>Nombres de medicamentos</b>	LUMRYZ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: 1) El diagnóstico se confirmó mediante una evaluación de análisis de laboratorio del sueño; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del SNC (p. ej., armodafinil, modafinil), O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos que estimulan la vigilia del SNC (p. ej., armodafinil, modafinil). Para el tratamiento de cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Para la continuación del tratamiento: El paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LUNSUMIO
<b>Nombres de medicamentos</b>	LUNSUMIO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan

<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LUPKYNIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	LUPKYNIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Uso en combinación con ciclofosfamida
<b>Información médica requerida</b>	Para la nefritis lúpica: 1) el paciente actualmente recibe un régimen de tratamiento inmunodepresor de fondo para la nefritis lúpica (por ejemplo, mofetilo de micofenolato, corticoesteroides); O 2) tiene intolerancia o una contraindicación al régimen del tratamiento inmunodepresor de fondo para la nefritis lúpica. Para la nefritis lúpica, continuación: el paciente recibe beneficios del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LUPRON PED
<b>Nombres de medicamentos</b>	LUPRON DEPOT-PED (1 MES, LUPRON DEPOT-PED (3 MESES, LUPRON DEPOT-PED (6 MESES
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la pubertad precoz central (central precocious puberty, CPP): Los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin releasing hormone, GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (HL) de tercera generación; Y 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP; Y 3) la aparición de características sexuales secundarias se produjo antes de los 8 años de edad para las pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad para los pacientes de sexo masculino. CPP: El paciente debe tener menos 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
<b>Restricciones de edad</b>	CPP: El paciente debe tener menos 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	LUPRON-ENDOMETRIOSIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	LUPRON DEPOT (1 MES), LUPRON DEPOT (3 MESES)
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama; cáncer de ovario/cáncer de trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario; tumor de las glándulas salivales recurrente positivo para receptor de andrógenos
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la repetición del tratamiento de la endometriosis, el medicamento solicitado se utiliza en combinación con acetato de noretindrona. Para miomas uterinos, la paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) diagnóstico de anemia (p. ej., hematocrito inferior o igual al 30 por ciento o hemoglobina inferior o igual a 10 g/dl); O 2) el medicamento solicitado se utilizará antes de la cirugía para miomas uterinos. Para el cáncer de mama, el medicamento solicitado se utiliza para la enfermedad positiva para el receptor hormonal (RH).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Miomas: 3 meses, máximo de 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo de 12 meses en total. Otros: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LUPRON-PROSTATE CA
<b>Nombres de medicamentos</b>	LEUPROLIDE ACETATE, LUPRON DEPOT (1-MONTH), LUPRON DEPOT (3-MONTH), LUPRON DEPOT (4-MONTH), LUPRON DEPOT (6-MONTH)
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tumores malignos del cordón sexual y del estroma
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	LYBALVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	LYBALVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados al trastorno bipolar I: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la marca Vraylar. Para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LYNPARZA
<b>Nombres de medicamentos</b>	LYNPARZA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama recurrente negativo para HER2 y con mutación de la línea germinal BRCA 1/2; cáncer de mama recurrente o metastásico positivo para HER2 y con mutación de la línea germinal BRCA 1/2; leiomioma uterino.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de mama recurrente o metastásico: la enfermedad tiene mutación en la línea germinal BRCA 1/2. Para el cáncer de próstata: 1) El paciente tiene una mutación en BRCA y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con abiraterona y un corticoesteroide oral; O 2) el paciente evolucionó con un tratamiento previo dirigido al receptor de andrógenos. Para el cáncer de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal primario: El medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento de mantenimiento para la enfermedad en estadio II-IV o recurrente que tiene respuesta completa o parcial a la quimioterapia. Para el leiomioma uterino: 1) la paciente recibió al menos un tratamiento previo Y 2) tiene una enfermedad con BRCA alterado.
<b>Restricciones de edad</b>	-

<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LYRICA CR
<b>Nombres de medicamentos</b>	LYRICA CR, PREGABALINA ER
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el dolor neuropático asociado con la neuropatía periférica diabética (diabetic peripheral neuropathy, DPN) y la neuralgia posherpética (postherpetic neuralgia, PHN): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la gabapentina.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LYTGOBI
<b>Nombres de medicamentos</b>	LYTGOBI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Colangiocarcinoma extrahepático
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el colangiocarcinoma: 1) el paciente tiene un diagnóstico de colangiocarcinoma irreseccable, localmente avanzado o metastásico; 2) recibió un tratamiento previo; Y 3) tiene una enfermedad que tiene una fusión del gen receptor del factor de crecimiento fibroblástico 2 (fibroblast growth factor receptor 2, FGFR2) u otro reordenamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LYVISPAH
<b>Nombres de medicamentos</b>	LYVISPAH
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente no puede tomar formas de dosificación sólidas por vía oral por algún motivo (p. ej., dificultad para tragar comprimidos o cápsulas, necesidad de administración mediante sonda de alimentación).
<b>Restricciones de edad</b>	-

<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MARGENZA
<b>Nombres de medicamentos</b>	MARGENZA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MAVENCLAD
<b>Nombres de medicamentos</b>	MAVENCLAD
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	60 días
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MAVYRET
<b>Nombres de medicamentos</b>	MAVYRET
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh [CTP]).
<b>Información médica requerida</b>	Para el virus de la hepatitis C (VHC): Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento previsto; genotipo; antecedentes de tratamiento previo; presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C según la clasificación de CTP]); presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); presencia o ausencia de sustituciones asociadas con la resistencia cuando corresponda; estado del trasplante, si corresponde. Las afecciones de la cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas actuales de

tratamiento de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Estadounidense para Enfermedades Infecciosas (American Association for the Study of Liver Diseases and Infectious Diseases Society of America, AASLD-IDSA).

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA.
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MAYZENT
<b>Nombres de medicamentos</b>	MAYZENT, PAQUETE INICIAL DE MAYZENT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MEGESTROL
<b>Nombres de medicamentos</b>	ACETATO DE MEGESTROL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Caquexia relacionada con el cáncer en adultos
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la suspensión oral de megestrol de 40 miligramos por mililitro (40 mg/ml).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	MEKINIST
<b>Nombres de medicamentos</b>	MEKINIST
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para una mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como único fármaco o en combinación con dabrafenib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el melanoma uveal: El medicamento solicitado se utilizará como fármaco único. Para el cáncer de ovarios, el cáncer de las trompas de Falopio y el cáncer peritoneal primario: El medicamento solicitado se utilizará para tratar enfermedades crónicas o recurrentes. Para el carcinoma tiroideo papilar, folicular y oncocítico: 1) La enfermedad es positiva para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) no es tributaria de tratamiento con yodo radiactivo (radioactive iodine, RAI); Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para tumores sólidos: 1) El tumor es positivo para una mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MEKTOVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	MEKTOVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans, cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib; Y 3) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan



<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MEMANTINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS DE CLORHIDRATO DE MEMANTINA, CLORHIDRATO DE MEMANTINA, CLORHIDRATO DE MEMANTINA E, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS DE NAMENDA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes menores de 30 años.
<b>Grupo de autorización previa</b>	MEPRON
<b>Nombres de medicamentos</b>	ATOVAQUONE, MEPRON
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Babesiosis, toxoplasmosis, profilaxis de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> en pacientes pediátricos, tratamiento de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> de leve a moderada en pacientes pediátricos.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP) de leve a moderada: el paciente tuvo una intolerancia o tiene una contraindicación para sulfametoxazol/trimetoprima (SMX-TMP). Para la prevención de indicaciones de profilaxis de toxoplasmosis primaria y PCP: 1) el paciente tuvo intolerancia o tiene una contraindicación para SMX-TMP, Y 2) está inmunodeprimido. Para la profilaxis secundaria de la toxoplasmosis: el paciente está inmunodeprimido. Para el tratamiento de la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza en simultáneo con azitromicina.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Profilaxis secundaria de la toxoplasmosis: 6 meses; todas las demás indicaciones: 3 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	METFORMIN ER
<b>Nombres de medicamentos</b>	GLUMETZA, METFORMIN HYDROCHLORIDE E
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado una intolerancia que prohibió un ensayo de 4 semanas

de metformin de absorción rápida y Glucophage XR genérico.

**Restricciones de edad** -  
**Restricciones de la persona que receta** -  
**Duración de la cobertura** Año del plan  
**Otros criterios** -

**Grupo de autorización previa** METHERGINE  
**Nombres de medicamentos** METHERGINE, METHYLERGONOVINE MALEATE  
**Indicador de indicación de PA** Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

**Usos no aprobados** -  
**Criterios de exclusión** -  
**Información médica requerida** -  
**Restricciones de edad** -  
**Restricciones de la persona que receta** -  
**Duración de la cobertura** 1 mes  
**Otros criterios** -

**Grupo de autorización previa** METILFENIDATO  
**Nombres de medicamentos** APTENSIO XR, CONCERTA, COTEMPLA XR-ODT, DAYTRANA, JORNAY PM, METADATE CD, METHYLIN, METHYLPHENIDATE, METHYLPHENIDATE HYDROCHLO, QUILLICHEW ER, QUILLIVANT XR, RELEXXII, RITALIN, RITALIN LA  
**Indicador de indicación de PA** Todas las indicaciones médicamente aceptadas

**Usos no aprobados** -  
**Criterios de exclusión** -  
**Información médica requerida** 1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA); O 2) tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por 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 la fatiga.

**Restricciones de edad** -  
**Restricciones de la persona que receta** -  
**Duración de la cobertura** Año del plan  
**Otros criterios** -

<b>Grupo de autorización previa</b>	METILTESTOSTERONA
<b>Nombres de medicamentos</b>	METILTESTOSTERONA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a productos alternativos de testosterona (p. ej., testosterona tópica, testosterona transdérmica, testosterona inyectable). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MICO-ZN-PETR UNGÜENTO
<b>Nombres de medicamentos</b>	NITRATO DE MICONAZOL/ZINC O, VUSION
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Se confirmó la presencia de infección por candidas mediante evaluación microscópica (evidencia microscópica de pseudohifas o gemación con hongos) antes de iniciar el tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	Paciente pediátrico de 4 semanas de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	MIGLUSTAT
<b>Nombres de medicamentos</b>	MIGLUSTAT, YARGESA, ZAVESCA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Gaucher de tipo 1 (GD1): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MINOCYCLINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	MINOCYCLINE HYDROCHLORIDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para lesiones inflamatorias de acné vulgar no nodular de moderado a grave: 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con minocycline de absorción rápida O 2) el paciente ha experimentado intolerancia a minocycline de absorción rápida.
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MIRVASO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TARTRATO DE BRIMONIDINA, MIRVASO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	MODAFINIL
<b>Nombres de medicamentos</b>	MODAFINIL, PROVIGIL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Hipersomnolia idiopática
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la somnolencia excesiva asociada con narcolepsia: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada con apnea del sueño obstructiva (obstructive sleep apnea, OSA): El diagnóstico se confirmó mediante polisomnografía. Para la hipersomnolia idiopática, solicitud inicial, el diagnóstico ha sido confirmado por TODOS los siguientes: 1) El paciente experimentó interrupciones en el sueño o una necesidad irrefragable de dormir durante el día, a diario durante al menos 3 meses; Y 2) se confirma que no hay síndrome del sueño insuficiente; Y 3) no hay cataplexia; Y 4) menos de 2 períodos de movimiento ocular rápido de inicio del sueño (sleep onset rapid eye movement periods, SOREMP) o ninguno, si la reducción rápida del movimiento ocular en un estudio del sueño durante la noche fue inferior o igual a 15 minutos; Y 5) el promedio de latencia del sueño de 8 minutos o menos en la prueba de latencia múltiple del sueño o el tiempo de sueño total de 24 horas es superior o igual a 11 horas; Y 6) otra afección (trastorno del sueño, trastorno médico o psiquiátrico, o el uso de medicamentos/fármacos) no explica mejor la hipersomnolencia y los resultados de las pruebas. Para la hipersomnolia idiopática, continuación del tratamiento: El paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con respecto al inicio.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MONJUVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	MONJUVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Linfoma de linfocitos B relacionado con el VIH; trastorno linfáticoproliferativo monomórfico posterior al trasplante (tipo de linfocitos B); linfoma de linfocitos B de alto grado
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso del linfoma de linfocitos B grandes (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) no especificado de otro modo, el linfoma de linfocitos B relacionado con el VIH, el trastorno linfáticoproliferativo monomórfico posterior al trasplante (tipo de linfocitos B), el linfoma de linfocitos B de alto grado, el linfoma difuso de linfocitos B grandes (DLBCL) no especificado de otro modo, incluido el DLBCL que surja de un linfoma de bajo grado: 1) el paciente tiene enfermedad recidivante o resistente; Y 2) no es elegible para un trasplante autólogo de células madre (TACE).

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MOTPOLY XR
<b>Nombres de medicamentos</b>	MOTPOLY XR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para 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).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MOUNJARO
<b>Nombres de medicamentos</b>	MOUNJARO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MOZOBIL
<b>Nombres de medicamentos</b>	MOZOBIL, PLERIXAFOR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	MULPLETA
<b>Nombres de medicamentos</b>	MULPLETA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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.
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MVASI
<b>Nombres de medicamentos</b>	MVASI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Adenocarcinoma ampoloso, adenocarcinoma apendicular, cáncer de mama, cánceres del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) (incluidos los gliomas pediátricos de alto grado difusos), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal del testículo, sarcomas de tejido blando, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, cánceres de vulva, adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos relacionados con lo oftálmico: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluida la coroidopatía polipoidal y los subtipos de proliferación angiomasos retinianos, edema macular después de la oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía de la prematuridad.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones, excepto los trastornos relacionados con lo oftálmico: El paciente tuvo un acontecimiento adverso intolerable a Zirabev, y ese acontecimiento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información para prescribir.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

<b>Grupo de autorización previa</b>	MYALEPT
<b>Nombres de medicamentos</b>	MYALEPT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Lipodistrofia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Obesidad generalizada no asociada con la lipodistrofia generalizada.
<b>Información médica requerida</b>	Para la lipodistrofia, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El paciente tiene un diagnóstico de lipodistrofia congénita generalizada (es decir, síndrome de Berardinelli-Seip) O lipodistrofia generalizada adquirida (es decir, síndrome de Lawrence); 2) tiene insuficiencia de leptina confirmada por análisis de laboratorio; Y 3) tiene al menos una complicación de la lipodistrofia (p. ej., diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, aumento de los niveles de insulina en ayunas). Para la renovación de la lipodistrofia, el paciente experimentó una mejora con respecto al inicio en el control metabólico (p. ej., mejora del control de la glucemia, disminución de los triglicéridos, disminución de los niveles de enzimas hepáticas).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MYCAPSSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	MYCAPSSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la acromegalia, inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (insulin-like growth factor-1, IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	MIFEMBRE
<b>Nombres de medicamentos</b>	MIFEMBRE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el sangrado menstrual abundante asociado con leiomiomas uterinos (miomas) y el dolor de moderado a intenso asociado con la endometriosis en una paciente premenopáusica: la paciente aún no ha recibido 24 meses o más de tratamiento con el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	12 meses, máximo de 24 meses en total
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MYLOTARG
<b>Nombres de medicamentos</b>	MYLOTARG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Leucemia aguda promielocítica (acute promyelocytic leukemia, APL)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	MYOBLOC
<b>Nombres de medicamentos</b>	MYOBLOC
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Hiperhidrosis axilar primaria, hiperhidrosis palmar
<b>Criterios de exclusión</b>	Uso cosmético
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	NAGLAZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	NAGLAZYME
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El diagnóstico de mucopolisacaridosis de tipo VI (síndrome de Maroteaux-Lamy) se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una insuficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NAPROXEN-ESOMEPRAZOLE
<b>Nombres de medicamentos</b>	NAPROXEN/ESOMEPRAZOLE MAG, VIMOVO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a dos pautas diferentes que contienen cualquier combinación de un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y un inhibidor de la secreción ácida de cualquiera de las siguientes clases de medicamentos: Antagonista del receptor H2 (H2RA), inhibidor de la bomba de protones (proton pump inhibitor, PPI).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NERLYNX
<b>Nombres de medicamentos</b>	NERLYNX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), metástasis cerebral del cáncer positivo para HER2.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	NEULASTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	NEULASTA, NEULASTA ONPRO KIT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 con ambos criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NEUPOGEN
<b>Nombres de medicamentos</b>	NEUPOGEN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndromes, MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 con todos los criterios a continuación: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide Y 2) el paciente ha recibido actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	NEUPRO
<b>Nombres de medicamentos</b>	NEUPRO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Parkinson y el síndrome de las piernas inquietas: 1) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes medicamentos genéricos: ropinirole, pramipexole O 2) el paciente no puede tragar formulaciones por vía oral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NEXAVAR
<b>Nombres de medicamentos</b>	NEXAVAR, TOSILATO DE SORAFENIB
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Leucemia mieloide aguda; sarcoma de tejidos blandos (angiosarcoma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva y subtipos de tumores fibrosos solitarios); tumor del estroma gastrointestinal; carcinoma medular de tiroides; osteosarcoma; cordoma recurrente; cáncer epitelial de ovario; cáncer de trompas de Falopio; cáncer peritoneal primario; neoplasias linfoides o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en la fase crónica o blástica
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide aguda: la enfermedad es positiva para la mutación en tándem interno de la tirosina cinasa 3 similar a la FMS (FMS-like tyrosine kinase 3-internal tandem duplication, FLT3-ITD) y se cumple cualquiera de las siguientes condiciones: 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas; O 2) se utiliza para el tratamiento de inducción de baja intensidad, el tratamiento posterior a la inducción o el tratamiento de consolidación; O 3) la enfermedad es recidivante/resistente. Para el carcinoma tiroideo: la histología es folicular, papilar, oncocítica o medular. Para el tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente o metastásica, o presenta rotura tumoral; Y 2) la enfermedad evolucionó después de usar al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	NEXTSTELLIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	NEXTSTELLIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un ensayo anterior de un anticonceptivo oral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NEXVIAZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	NEXVIAZYME
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Pompe de inicio tardío: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa (GAA) o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	1 año de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NGENLA
<b>Nombres de medicamentos</b>	NGENLA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
<b>Información médica requerida</b>	Para la insuficiencia de la hormona del crecimiento (growth hormone deficiency, GHD) pediátrica, inicial: A) El paciente (pt) tiene una velocidad de estatura (ht) 1 año previa al tratamiento (pre-tx) de más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media O una ht pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media y una velocidad de ht de 1 año más de 1 SD por debajo de la media, Y el pt cumple con cualquiera de los siguientes: 1) fracaso de 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento (pico inferior a 10 ng/ml); 2) trastorno de la hipófisis/el 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-tx de más de 2 SD por debajo de la media; O B) al pt se le diagnosticó GHD cuando era recién nacido. Para la GHD pediátrica, continuación del tratamiento: El paciente está experimentando una mejora.

<b>Restricciones de edad</b>	3 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NINLARO
<b>Nombres de medicamentos</b>	NINLARO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente, macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma linfoplasmacítico
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NITISINONE
<b>Nombres de medicamentos</b>	NITISINONE, ORFADIN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la tirosinemia hereditaria de tipo 1 (hereditary tyrosinemia type 1, HT-1): El diagnóstico de HT-1 se confirma mediante uno de los siguientes métodos: 1) pruebas bioquímicas (p. ej., detección de succinilacetona en orina), O 2) pruebas de ADN (análisis de mutación).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NITYR
<b>Nombres de medicamentos</b>	NITYR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la tirosinemia hereditaria de tipo 1 (hereditary tyrosinemia type 1, HT-1): El diagnóstico de HT-1 se confirma mediante uno de los siguientes métodos: 1) pruebas bioquímicas (p. ej., detección de succinilacetona en orina), O 2) pruebas de ADN (análisis de mutación).

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NIVESTYM
<b>Nombres de medicamentos</b>	NIVESTYM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndromes, MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 con todos los criterios a continuación: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mioelode Y 2) el paciente ha recibido actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NORITATE
<b>Nombres de medicamentos</b>	NORITATE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	NORTHERA
<b>Nombres de medicamentos</b>	DROXIDOPA, NORTHERA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipotensión ortostática neurogénica (hipotensión ortostática neurogénica, nOH): Para el tratamiento inicial, el paciente tiene una disminución crónica 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 la prueba de pie o de inclinación. Para la continuación del tratamiento, el paciente ha experimentado una reducción sostenida de los síntomas de la nOH (es decir, disminución de los mareos, aturdimiento o sensación de desmayo). Para el tratamiento inicial y la continuación, el medicamento solicitado se utilizará para pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada con uno de los siguientes diagnósticos: 1) insuficiencia autonómica primaria debido a la enfermedad de Parkinson, atrofia del sistema múltiple o insuficiencia autonómica absoluta; O 2) insuficiencia de dopamina beta-hidroxilasa; O 3) neuropatía autonómica no diabética.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	3 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NOXAFIL EN POLVO
<b>Nombres de medicamentos</b>	NOXAFIL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para la profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: el paciente pesa 40 kilogramos o menos.
<b>Restricciones de edad</b>	De 2 a 18 años
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	NOXAFIL SUSPENSIÓN
<b>Nombres de medicamentos</b>	NOXAFIL, POSACONAZOL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la candidosis orofaríngea: el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al fluconazol.
<b>Restricciones de edad</b>	13 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Candidosis orofaríngea: 1 mes. Todas las demás indicaciones: 6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NPLATE
<b>Nombres de medicamentos</b>	NPLATE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para trombocitopenia inmunitaria (ITP) (de inicio nuevo): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo, como corticosteroides o inmunoglobulinas; Y 2) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O de 30,000/mcl a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad ulcerosa péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para la ITP (continuación): El paciente tiene una respuesta de recuento de plaquetas al medicamento solicitado con UNO de los siguientes: 1) El recuento actual de plaquetas es menor o igual a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es mayor a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl; Y la dosificación se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Para la ITP: Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan; para HSARS: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	NUBEQA
<b>Nombres de medicamentos</b>	NUBEQA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin-releasing hormone, GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para el cáncer de próstata metastásico sensible a hormonas (metastatic hormone-sensitive prostate cancer, mHSPC), el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a abiraterona, Xtandi o Erleada.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	NUCALA
<b>Nombres de medicamentos</b>	NUCALA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el asma grave, tratamiento inicial: 1) O a) el paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro; O b) depende de corticoesteroides sistémicos; Y 2) tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los medicamentos siguientes: a) corticoesteroide inhalado de dosis media a alta; Y b) control adicional (es decir, agonistas beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o una contraindicación a dichos tratamientos. 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 en la frecuencia o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral. Para la granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis, EGPA), tratamiento inicial: El paciente tiene antecedentes o presencia de un recuento de eosinófilos de más de 1000 células por microlitro o un nivel de eosinófilos en sangre de más del 10 por ciento. Para la EGPA, continuación del tratamiento: El paciente tiene una respuesta beneficiosa al tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra cualquiera de los siguientes: 1) una reducción en la frecuencia de recaídas, 2) una reducción en la dosis diaria de corticosteroid oral, O 3) ausencia de vasculitis activa. Para el síndrome hipereosinofílico (HES), tratamiento inicial: 1) el paciente ha tenido HES durante 6 meses o más, 2) el paciente tiene HES sin una causa secundaria no hematológica identificable, 3) el paciente no tiene HES positivo para la cinasa FIP1L1-PDGFR4, 4) el paciente tiene antecedentes o presencia de un recuento de eosinófilos en sangre de al menos 1000 células por microlitro, Y 5) el paciente ha estado recibiendo una dosis estable de al menos un tratamiento para el HES (p. ej., tratamiento con corticoesteroides orales, inmunodepresores o citotóxicos). Para el HES, continuación del tratamiento: El paciente tiene una respuesta beneficiosa al tratamiento, como lo demuestra una reducción en las exacerbaciones del HES.
<b>Restricciones de edad</b>	Asma: 6 años o más; EGPA y CRSwNP: 18 años o más; HES: 12 años o más
<b>Restricciones de persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para 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 insuficiente al tratamiento con Xhance (fluticasone).

<b>Grupo de autorización previa</b>	NUEDEXTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	NUEDEXTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la labilidad emocional (pseudobulbar affect, PBA) (continuación): El paciente ha experimentado una disminución en los episodios de labilidad emocional (PBA) desde que comenzó el tratamiento con el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NUPLAZID
<b>Nombres de medicamentos</b>	NUPLAZID
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para alucinaciones y delirios asociados con la psicosis por enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe realizarse antes de la aparición de los síntomas psicóticos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	NURTEC
<b>Nombres de medicamentos</b>	NURTEC
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Tratamiento contra la migraña aguda: El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano. Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: El paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba durante 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría probar durante 4 semanas cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos, antidepresivos. Tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y experimentó menos días con migraña al mes con respecto al inicio.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 3 meses; todas las demás indicaciones: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	NYVEPRIA
<b>Nombres de medicamentos</b>	NYVEPRIA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 con ambos criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	OCALIVA
<b>Nombres de medicamentos</b>	OCALIVA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la colangitis biliar primaria (PBC) sin cirrosis o con cirrosis compensada sin evidencia de hipertensión portal: Para el tratamiento inicial: 1) El diagnóstico de PBC (antes conocida como cirrosis biliar primaria) se confirma mediante al menos dos de los siguientes requisitos: a) evidencia bioquímica de colestasis con elevación del nivel de fosfatasa alcalina (alkaline phosphatase, ALP) durante al menos 6 meses; b) presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) (valoración superior a 1:40 por inmunofluorescencia o reacción inmunoenzimática) o anticuerpos antinucleares (ANA) específicos para PBC (p. ej., anti-gp210, anti-sp100), c) evidencia histológica de PBC en biopsia hepática (p. ej., inflamación no supurativa y destrucción de conductos biliares interlobulares y septales); y 2) el paciente tiene un nivel elevado de ALP en suero antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado y cumple con uno de los siguientes requisitos: a) experimentó una respuesta insuficiente ante al menos 12 meses de tratamiento previo con ácido ursodesoxicólico (ursodeoxycholic acid, UDCA)/ursodiol y el paciente continuará con el tratamiento de reemplazo con UDCA/ursodiol; b) es intolerante al tratamiento previo con UDCA/ursodiol. Para la PBC (continuación): el paciente logró o mantuvo un beneficio clínico del tratamiento con Ocaliva.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OCREVUS
<b>Nombres de medicamentos</b>	OCREVUS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	OCTREOTIDA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ACETATO DE OCTREOTIDA, SANDOSTATINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Control del tumor de timomas y carcinomas tímicos
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la acromegalia, inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ODACTRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ODACTRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia sublingual con alérgenos. Antecedentes de esofagitis eosinofílica.
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	De los 12 a los 65 años
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ODOMZO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ODOMZO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	OFEV
<b>Nombres de medicamentos</b>	OFEV
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo de inicio nuevo): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, HRCT) del tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (usual interstitial pneumonia, UIP); O 2) el estudio de HRCT del tórax revela un resultado que no es el patrón UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para UIP), y el diagnóstico está respaldado por una biopsia pulmonar o por un análisis multidisciplinario entre al menos un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se realizó una biopsia pulmonar.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	OGIVRI
<b>Nombres de medicamentos</b>	OGIVRI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF; y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib; y 3) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	OGSIVEO
<b>Nombres de medicamentos</b>	OGSIVEO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-

<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OJEMDA
<b>Nombres de medicamentos</b>	OJEMDA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para glioma de bajo grado (Low-Grade Glioma, LGG) pediátrico resistente o recidivante: el tumor del paciente es positivo para a) fusión o reordenamiento del gen BRAF O b) mutación del gen V600 del gen BRAF.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OJJAARA
<b>Nombres de medicamentos</b>	OJJAARA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la mielofibrosis, el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene un diagnóstico de mielofibrosis primaria de riesgo intermedio o alto o mielofibrosis secundaria (es decir, después de la policitemia vera o de la trombocitemia esencial), Y 2) el paciente tiene anemia definida como hemoglobina inferior a 10 gramos por decilitro (g/dl) o tiene anemia dependiente de transfusiones, Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación a Jakafi (ruxolitinib) O tiene niveles de hemoglobina inferiores a 8 g/dl.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	OLUMIANT
<b>Nombres de medicamentos</b>	OLUMIANT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para la alopecia areata grave (inicial): 1) el paciente tiene caída del cabello en al menos el 50 % del cuero cabelludo según la medición de la Herramienta de gravedad de la alopecia (Severity of Alopecia Tool, SALT) Y 2) el paciente no tiene alopecia con patrón principalmente difuso (caracterizada por caída difusa del cabello) u otras formas de alopecia (p. ej., alopecia androgenética, tricotilomanía, efluvio telógeno, caída del cabello inducida por quimioterapia). Para la alopecia areata grave (continuación): El paciente ha logrado o mantenido una respuesta clínica positiva demostrada por una mejora en los signos y síntomas de la afección desde el inicio (p. ej., aumento de la cobertura del cabello en el cuero cabelludo).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OMEGA-3
<b>Nombres de medicamentos</b>	LOVAZA, OMEGA-3-ACID ETHYL ESTERS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertrigliceridemia: Antes del inicio del tratamiento con un medicamento para disminuir los triglicéridos, el paciente tiene/tuvo un nivel de triglicéridos previo al tratamiento superior o igual a 500 miligramos por decilitro (mg/dl).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	OMEPRazole-BICARB CAPS
<b>Nombres de medicamentos</b>	OMEPRazole/SODIUM BICARBO, ZEGERID
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento a una prueba de un mes de cada uno de los dos inhibidores de la bomba de protones (proton pump inhibitors, PPI) O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de un mes de dos inhibidores de la bomba de protones (PPI).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Mantenimiento de la curación de la esofagitis erosiva: Año del plan. Todas las demás indicaciones: 3 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OMEPRazole-BICARB POWDER
<b>Nombres de medicamentos</b>	OMEPRazole/SODIUM BICARBO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones, excepto la reducción del riesgo de sangrado del tracto gastrointestinal superior en pacientes en estado crítico: 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento a una prueba de un mes de cada uno de los dos inhibidores de la bomba de protones (proton pump inhibitors, PPI) O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de un mes de dos inhibidores de la bomba de protones (PPI) Y 3) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Mantenimiento de la curación de la esofagitis erosiva: Año del plan. Todas las demás indicaciones: 3 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	OMNIPOD
<b>Nombres de medicamentos</b>	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INT, OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 POD, OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (G, OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5), OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN, OMNIPOD DASH INTRO KIT (G, OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Inicial: 1) El paciente tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) se autodiagnostica los niveles de glucosa 4 o más veces al día O está utilizando un monitor de glucosa continuo; Y 3) experimentó cualquiera de los siguientes síntomas con el régimen actual para la diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, fluctuaciones amplias en la glucosa en sangre, fenómeno del amanecer con hiperglucemia grave persistente a primera hora de la mañana, oscilaciones glucémicas graves.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OMNIPOD GO
<b>Nombres de medicamentos</b>	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
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina; Y 2) actualmente se está realizando un autodiagnóstico de los niveles de glucosa, se le asesorará sobre el autodiagnóstico de los niveles de glucosa o está utilizando un monitor de glucosa continuo; Y 3) experimentó una respuesta insuficiente o intolerancia al tratamiento con insulina basal de acción prolongada.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	OMVOH
<b>Nombres de medicamentos</b>	OMVOH
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Stelara (ustekinumab), Velsipity (etrasimod), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ONCASPAR
<b>Nombres de medicamentos</b>	ONCASPAR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Linfoma extranganglionar de linfocitos T citolíticos naturales, leucemia agresiva de linfocitos NK (aggressive NK-cell leukemia, ANKL)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ONGENTYS
<b>Nombres de medicamentos</b>	ONGENTYS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ONTRUZANT
<b>Nombres de medicamentos</b>	ONTRUZANT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF; y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib; y 3) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	ONUREG
<b>Nombres de medicamentos</b>	ONUREG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Linfoma de linfocitos T periféricos
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OPDIVO
<b>Nombres de medicamentos</b>	OPDIVO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OPDUALAG
<b>Nombres de medicamentos</b>	OPDUALAG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OPFOLDA
<b>Nombres de medicamentos</b>	OPFOLDA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Pompe de inicio tardío: 1) El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una insuficiencia de la actividad enzimática de la alfa-glucosidasa ácida (acid alpha-glucosidase, GAA) o mediante pruebas genéticas; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con Pombiliti (cipaglucoasidasa alfa-atga); Y 3) el paciente cumple AMBOS de los siguientes criterios: A) Pesa al menos 40 kilogramos (kg); B) no mejora con el tratamiento de reemplazo enzimático (ERT) actual.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan



<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OPSUMIT
<b>Nombres de medicamentos</b>	OPSUMIT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para pacientes con PAH solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OPSYNVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	OPSYNVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para pacientes con PAH solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	OPZELURA
<b>Nombres de medicamentos</b>	OPZELURA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento crónico tópico a corto plazo y no continuo de la dermatitis atópica (DA) de leve a moderada en un paciente no inmunodeprimido, tratamiento inicial: 1) El medicamento se aplicará en las áreas afectadas de menos del 20 por ciento de la superficie corporal (body surface area, BSA); Y 2) el paciente cumple con cualquier de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o los dobleces de la piel) y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina; O b) el medicamento solicitado se usará en áreas no sensibles de la piel (o restantes) y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un corticoesteroide tópico de potencia media o alta, o a un inhibidor tópico de la calcineurina. Para el tratamiento crónico tópico a corto plazo y no continuo de la dermatitis atópica de leve a moderada en un paciente no inmunodeprimido, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el tratamiento tópico del vitíligo no segmentario (nonsegmental vitiligo, NSV): El medicamento solicitado se aplicará a las áreas afectadas del 10 por ciento o menos de la superficie corporal (BSA). Para el tratamiento tópico del vitíligo no segmentario, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una repigmentación significativa.
<b>Restricciones de edad</b>	DA, NSV: 12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	DA, inicial: 3 meses; NSV, inicial: 7 meses; DA, NSV continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	FENTANILO ORAL-INTRANASASAL
<b>Nombres de medicamentos</b>	CITRATO DE FENTANILO, CITRATO DE FENTANILO ORAL TRA, FENTORA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el manejo del dolor irruptivo en pacientes con cáncer: 1) El medicamento solicitado está indicado solo para el tratamiento del dolor irruptivo relacionado con el cáncer. El medicamento solicitado se receta para el manejo del dolor irruptivo en un paciente con cáncer con dolor subyacente por cáncer Y 2) el código de diagnóstico de Clasificación internacional de enfermedades (International Classification of Diseases, ICD) proporcionado respalda el diagnóstico relacionado con el cáncer. (Nota: Para la aprobación de la cobertura de farmacia, el código de diagnóstico de ICD proporcionado DEBE respaldar el diagnóstico relacionado con el cáncer). Y 3) el paciente actualmente recibe, y continuará recibiendo, tratamiento con opioides las 24 horas para el dolor por cáncer subyacente; Y 4) el medicamento solicitado está diseñado para su uso solo en pacientes que toleran opioides. El paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada en función de sus antecedentes actuales de uso de opioides. (Nota: Los pacientes considerados tolerantes a los opioides son aquellos que toman medicamentos las 24 horas 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 oxicodona 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 por día durante una semana o más.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ORENCIA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ORENCIA, ORENCIA CLICKJECT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa moderada a grave (inicio nuevo únicamente): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para un adulto con artritis psoriásica activa (inicio nuevo únicamente): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ORENITRAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	ORENITRAM, KIT DE AJUSTE DE DOSIS DE ORENITRAM M
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para inicio reciente únicamente: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ORGOVYX
<b>Nombres de medicamentos</b>	ORGOVYX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ORIAHNN
<b>Nombres de medicamentos</b>	ORIAHNN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el sangrado menstrual abundante asociado con leiomiomas uterinos (miomas) en una paciente premenopáusica: la paciente aún no ha recibido 24 meses o más de tratamiento con cualquier medicamento que contenga elagolix.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	12 meses, máximo de 24 meses en total
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ORILISSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ORILISSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el dolor de moderado a intenso asociado con la endometriosis: la paciente aún no ha recibido un tratamiento de 24 meses o más con ningún medicamento que contenga elagolix.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	12 meses, máximo de 24 meses en total
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ORKAMBI
<b>Nombres de medicamentos</b>	ORKAMBI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la fibrosis quística (FQ): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
<b>Restricciones de edad</b>	1 año de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ORLADEYO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ORLADEYO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la profilaxis de ataques de angioedema debido a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con insuficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio; O 2) el paciente tiene AEH con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y cualquiera de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF); b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema que fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ORSERDU
<b>Nombres de medicamentos</b>	ORSERDU
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama recurrente positivo para receptor hormonal y negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Cáncer de mama: 1) la enfermedad es positiva para el receptor de estrógeno (RE), negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) y con mutación de ESR1; Y 2) la paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica Y la paciente tiene evolución de la enfermedad después de al menos una línea de tratamiento endócrino; O b) la enfermedad no tuvo respuesta al tratamiento sistémico preoperatorio.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OSPHENA
<b>Nombres de medicamentos</b>	OSPHENA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	OTEZLA
<b>Nombres de medicamentos</b>	OTEZLA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas leve (inicio nuevo únicamente): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un corticoesteroide tópico O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar con corticoesteroides tópicos. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (inicio nuevo únicamente): 1) se ve afectada al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab). Para la artritis psoriásica (psoriatic arthritis, PsA) activa (inicio nuevo únicamente): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OTREXUP
<b>Nombres de medicamentos</b>	OTREXUP
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Incapacidad para preparar y administrar methrotexate genérico inyectable.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	OXAZEPAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	OXAZEPAM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones: La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: el uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que se evita mejor, se receta en dosis reducidas o se usa con precaución o se controla cuidadosamente). Para el manejo de trastornos de ansiedad, ansiedad asociada con la depresión y el manejo de ansiedad, tensión, agitación e irritabilidad en pacientes mayores: 1) El medicamento solicitado se utiliza en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para tratar los síntomas del trastorno de ansiedad; O 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS fármacos de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Alivio a corto plazo de la ansiedad durante 1 mes; trastorno de ansiedad durante 4 meses; síndrome de abstinencia alcohólica: año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
<b>Grupo de autorización previa</b>	OXBRYTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	OXBRYTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	4 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	OXERVATE
<b>Nombres de medicamentos</b>	OXERVATE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	8 semanas
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OXICONAZOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	OXICONAZOLE NITRATE, OXISTAT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a lo siguiente: 1) crema de clotrimazol Y 2) crema o champú de ketoconazol.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	3 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OXLUMO
<b>Nombres de medicamentos</b>	OXLUMO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hiperoxaluria primaria de tipo 1 (primary hyperoxaluria type 1, PH1): el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba genética molecular que muestra una mutación en el gen alanina:glioxilato aminotransferasa (AGXT) o un análisis de enzimas hepáticas que demuestra actividad de alanina:glioxilato aminotransferasa (AGT) ausente o significativamente reducida. Para la PH1 (continuación): el paciente experimentó niveles reducidos o normalizados de cualquiera de los siguientes desde que comenzó el tratamiento: 1) oxalato urinario, 2) oxalato plasmático.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	OXTELLAR XR
<b>Nombres de medicamentos</b>	OXTELLAR XR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri (si tiene 18 años o más), Spritam.
<b>Restricciones de edad</b>	6 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	OZEMPIC
<b>Nombres de medicamentos</b>	OZEMPIC
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PADCEV
<b>Nombres de medicamentos</b>	PADCEV
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma urotelial, el medicamento solicitado se utilizará para el tratamiento de cualquiera de los siguientes: 1) carcinoma urotelial localmente avanzado, recurrente o metastásico; O 2) carcinoma urotelial de vejiga en estadio II-IV, recurrente o crónico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	PALFORZIA
<b>Nombres de medicamentos</b>	PALFORZIA DOSIS INICIAL ES, PALFORZIA NIVEL 1, PALFORZIA NIVEL 10, PALFORZIA NIVEL 11 (MANTENIMIENTO), PALFORZIA NIVEL 11 (AJUSTE DE DOSIS, PALFORZIA NIVEL 2, PALFORZIA NIVEL 3, PALFORZIA NIVEL 4, PALFORZIA NIVEL 5, PALFORZIA NIVEL 6, PALFORZIA NIVEL 7, PALFORZIA NIVEL 8, PALFORZIA NIVEL 9)
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Asma no controlada. Antecedentes de esofagitis eosinofílica. Otra enfermedad gastrointestinal eosinofílica.
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	Fase de aumento de dosis y fase de mantenimiento del tratamiento: 4 años de edad o más. Aumento escalonado de la dosis inicial: de 4 a 17 años de edad.
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PALYNZIQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	PALYNZIQ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PANRETIN
<b>Nombres de medicamentos</b>	PANRETIN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tratamiento tópico de lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado con el SIDA
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SUSPENSIÓN DE PAROXETINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORHIDRATO DE PAROXETINA, PAXIL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., cápsulas, comprimidos).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PEGASYS
<b>Nombres de medicamentos</b>	PEGASYS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neoplasia mieloproliferativa (trombocitemia esencial, policitemia vera, mielofibrosis sintomática de menor riesgo); mastocitosis sistémica; leucemia/linfoma de linfocitos T adultos; micosis fungoide/síndrome de Sézary; trastornos linfáticoproliferativos cutáneos primarios de linfocitos T CD30+; tricoleucemia; enfermedad de Erdheim-Chester; tratamiento inicial durante el embarazo por leucemia mieloide crónica.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hepatitis C crónica: Virus de la hepatitis C (VHC) confirmado por la presencia de ARN del VHC en suero antes de comenzar el tratamiento y el régimen de tratamiento previsto.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	VHC: de 12 a 48 semanas. VHB: 48 semanas. Otro: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PEMAZYRE
<b>Nombres de medicamentos</b>	PEMAZYRE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	PERJETA
<b>Nombres de medicamentos</b>	PERJETA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2); cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes de las glándulas salivales positivo para HER2; metástasis cerebral por cáncer de mama positivo para HER2; tipos de cáncer hepatobiliares irresecables o metastásicos positivos para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático).
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF, Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con trastuzumab Y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para los tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2, metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2 y el cáncer hepatobiliar positivo para HER2 irresecable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático): el medicamento solicitado se utiliza en combinación con trastuzumab.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	FENILBUTIRATO
<b>Nombres de medicamentos</b>	BUFENILO, OLPRUVA, FEBURANO, FENILBUTIRATO DE SODIO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para trastornos del ciclo de la urea (urea cycle disorders, UCD): El diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	PHESGO
<b>Nombres de medicamentos</b>	PHESGO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PIASKY
<b>Nombres de medicamentos</b>	PIASKY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (glycosylphosphatidylinositol-anchored proteins, GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva a la terapia.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PIMECROLIMÚS
<b>Nombres de medicamentos</b>	ELIDEL, PIMECROLIMÚS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Psoriasis en la cara, los genitales o los dobleces de la piel.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la dermatitis atópica (eczema) de leve a moderada: el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o dobleces de la piel); O 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un fármaco terapéutico de primera línea (p. ej., corticoesteroide tópico de potencia media o alta). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se receta para el uso crónico a corto plazo o no continuo.

<b>Restricciones de edad</b>	2 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PIQRAY
<b>Nombres de medicamentos</b>	DOSIS DIARIA DE PIQRAY 200MG, DOSIS DIARIA DE PIQRAY 250MG, DOSIS DIARIA DE PIQRAY 300MG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama recurrente positivo para receptor hormonal (RH) y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), con mutación de PIK3CA en combinación con fulvestrant.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PLEGRIDY
<b>Nombres de medicamentos</b>	PLEGRIDY, PAQUETE INICIAL DE PLEGRIDY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	POLIVY
<b>Nombres de medicamentos</b>	POLIVY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Transformación histológica de los linfomas indolentes para difundir los linfomas de linfocitos B grandes; trastornos linfáticoproliferativos monomórficos posteriores al trasplante (tipo de linfocitos B); linfomas de linfocitos B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (linfoma difuso de linfocitos B grandes relacionado con el VIH; derrame linfomatoso primario; linfoma difuso de linfocitos B grandes positivo para el virus del herpes humano 8 [VHH8], no especificado de otro modo, y linfoma plasmoblasto relacionado con el VIH) y linfoma folicular.



<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	POMALYST
<b>Nombres de medicamentos</b>	POMALYST
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente, linfoma del sistema nervioso central (SNC) primario, síndrome de POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el mieloma múltiple, el paciente recibió al menos dos tratamientos previos, incluido un agente inmunomodulador Y un inhibidor de la proteasoma.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	POMBILITI
<b>Nombres de medicamentos</b>	POMBILITI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Pompe de inicio tardío: 1) El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una insuficiencia de la actividad enzimática de la alfa-glucosidasa ácida (AGA) o mediante pruebas genéticas; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con Opfolda (miglustat); Y 3) el paciente cumple AMBOS de los siguientes criterios: A) Pesa al menos 40 kilogramos (kg); B) no mejora con el tratamiento de reemplazo enzimático (ERT) actual.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PONVORY
<b>Nombres de medicamentos</b>	PONVORY, PONVORY PAQUETE INICIAL DE 14 DÍAS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	POSACONAZOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	NOXAFIL, POSACONAZOL DR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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.
<b>Restricciones de edad</b>	Tratamiento de aspergilosis invasiva: 13 años de edad o más; profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: 2 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	POTELIGEO
<b>Nombres de medicamentos</b>	POTELIGEO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Leucemia/linfoma de linfocitos T en adultos
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PRADAXA PAK
<b>Nombres de medicamentos</b>	PRADAXA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	De 3 meses a menos de 12 años de edad
<b>Restricciones de persona que</b>	-

<b>receta</b>	
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PREGABALINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	LYRICA, PREGABALINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Dolor neuropático relacionado con el cáncer, dolor neuropático relacionado con el tratamiento del cáncer
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el manejo de la neuralgia posherpética, el manejo del dolor neuropático asociado con la neuropatía diabética periférica: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la gabapentina.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PREVMIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	PREVMIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la profilaxis de la infección o enfermedad por citomegalovirus (CMV) en un trasplante de células madre hematopoyéticas (hematopoietic stem cell transplant, HSCT): 1) el paciente es seropositivo para CMV; Y 2) es receptor de un HSCT alogénico. Para la profilaxis de la enfermedad por CMV en el trasplante de riñón: 1) el paciente es seronegativo para CMV; Y 2) es un receptor de alto riesgo de trasplante de riñón.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	7 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PRILOSEC EN POLVO
<b>Nombres de medicamentos</b>	PRILOSEC
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

<b>Usos no aprobados</b>	Tratamiento y prevención de la úlcera gastrointestinal no esteroidea inducida por medicamentos antiinflamatorios, estenosis esofágicas, dispepsia, tratamiento de mantenimiento de úlceras duodenales
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente no puede tomar formas de dosificación sólidas por vía oral por algún motivo (p. ej., dificultad para tragar comprimidos o cápsulas, necesidad de administración mediante sonda de alimentación).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	PROCRIT
<b>Nombres de medicamentos</b>	PROCRIT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Anemia debido a síndromes mielodisplásicos (MDS), anemia en la artritis reumatoidea (AR), anemia debido al tratamiento de la hepatitis C (ribavirina en combinación con interferón alfa o peginterferón alfa)
<b>Criterios de exclusión</b>	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mieloide.
<b>Información médica requerida</b>	Los requisitos con respecto a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) para todos los usos, excepto para la anemia debido a la quimioterapia o al síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%); Y 2) para todos los usos excepto la cirugía: la hemoglobina es inferior a 10 g/dl antes del tratamiento (sin un tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior); Y 3) para el MDS: el nivel de eritropoyetina sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/l o menos. Para las nuevas autorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos excepto cirugía: 1) el paciente recibió al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina; Y 2) respondió al tratamiento con eritropoyetina; Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dl; Y 4) para todos los usos excepto la anemia debido a la quimioterapia o MDS: el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	16 semanas

<b>Otros criterios</b>	La cobertura incluye el uso en anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. La cobertura de la Parte D se rechazará si la cobertura está disponible en virtud de la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y entrega o suministra para el individuo (p. ej., se utiliza para el tratamiento de la anemia en un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se proporciona del suministro médico como parte de un servicio médico).
<b>Grupo de autorización previa</b>	PROCYSBI
<b>Nombres de medicamentos</b>	PROCYSBI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la cistinosis nefropática: 1) El diagnóstico se confirmó por ALGUNA de las siguientes situaciones: a) la presencia de mayores concentraciones de cistina en los leucocitos; O b) pruebas genéticas; O c) demostración de cristales de cistina corneales mediante examen con lámpara de hendidura; Y 2) el paciente experimentó una intolerancia a un tratamiento previo con Cystagon (bitartrato de cisteamina de absorción rápida).
<b>Restricciones de edad</b>	1 año de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	PROMACTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	PROMACTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para trombocitopenia inmunitaria (immune thrombocytopenia, ITP) crónica o persistente (nuevos comienzos): 1) El paciente (pt) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo, como corticoesteroides o inmunoglobulinas; Y 2) el recuento de plaquetas (plt) no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O de 30,000/mcl a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad ulcerosa péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma); Y 3) solo para la ITP crónica: para un adulto, el pt ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a Doptelet (avatrombopag) o Alvaiz (eltrombopag) Y 4) solo para la ITP persistente: para un adulto, el pt ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a Alvaiz (eltrombopag). Para ITP (continuación): respuesta del recuento de plt al fármaco solicitado: 1) El recuento actual de plt es menor o igual a 200,000/mcl, O 2) El recuento actual de plt es mayor a 200,000/mcl a menor o igual a 400,000/mcl y la dosificación se ajustará a un recuento de plt suficiente para evitar sangrados clínicamente importantes. Para la trombocitopenia asociada con la hepatitis C crónica (inicios nuevos): 1) el medicamento solicitado se utiliza para el inicio y el mantenimiento del tratamiento a base de interferón, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a Alvaiz (eltrombopag). Para trombocitopenia relacionada con la hepatitis C crónica (continuación): el paciente está recibiendo terapia basada en interferón. Para la anemia aplásica (AA) grave (nuevos comienzos): 1) El paciente usará el medicamento solicitado con tratamiento inmunodepresor estándar para la primera línea de tratamiento, O 2) el paciente cumple con ambos criterios a continuación: A) el paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento inmunodepresor y B) para un adulto, el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a Alvaiz (eltrombopag).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Virus de la hepatitis C (VHC): 6 meses, comienzo de ITP/AA: 6 meses, nueva autorización para la ITP: Año del plan, nueva autorización de AA: APR-Año del plan, IPR-16 semanas)

### **Otros criterios**

Para la AA grave (continuación): 1) El recuento actual de plaquetas es de 50,000/mcl a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es inferior a 50,000/mcl y el paciente no recibió el tratamiento ajustado de forma correcta durante al menos 16 semanas; O 3) el recuento actual de plaquetas es inferior a 50,000/mcl y el paciente no depende de transfusiones; O 4) el recuento actual de plaquetas es superior a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará para lograr y mantener un recuento objetivo adecuado de plaquetas. APR: respuesta plaquetaria suficiente (más de 50,000/mcl), IPR: respuesta plaquetaria insuficiente (menos de 50,000/mcl).

<b>Grupo de autorización previa</b>	PULMOZYME
<b>Nombres de medicamentos</b>	PULMOZYME
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	PYRUKYND
<b>Nombres de medicamentos</b>	PYRUKYND, PAQUETE DE DISMINUCIÓN GRADUAL DE PYRUKYND
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la anemia hemolítica en un paciente con deficiencia de piruvato cinasa (pyruvate kinase, PK): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra insuficiencia de la actividad de la enzima PK o mediante pruebas genéticas. Para anemia hemolítica en un paciente con insuficiencia de PK (continuación del tratamiento): El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva (p. ej., mejora en los niveles de hemoglobina, reducción en las transfusiones de sangre).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 7 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	QELBREE
<b>Nombres de medicamentos</b>	QELBREE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA); Y 2) será monitoreado de cerca para detectar pensamientos o comportamientos suicidas, empeoramiento clínico y cambios inusuales en el comportamiento; Y 3) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para atomoxetina O dificultad para tragar cápsulas orales.
<b>Restricciones de edad</b>	6 años de edad o más



<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	QINLOCK
<b>Nombres de medicamentos</b>	QINLOCK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST) para enfermedad residual, irresecable, recurrente, progresiva o con rotura tumoral. Melanoma cutáneo metastásico o irresecable.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para tumor del estroma gastrointestinal (GIST) residual, irresecable, avanzado, recurrente/metastásico, progresivo o con rotura tumoral: 1) El paciente recibió tratamiento previo con 3 o más inhibidores de la cinasa, incluido imatinib; O 2) experimentó evolución de la enfermedad después del tratamiento con avapritinib y dasatinib; O 3) recibió tratamiento previo con imatinib y es intolerante a la segunda línea de sunitinib. Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable; Y 2) es positiva para mutaciones que activan el gen KIT; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior; Y 4) el paciente presentó evolución de la enfermedad, intolerancia o riesgo de evolución con el tratamiento dirigido a un gen BRAF.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	QUDEXY XR
<b>Nombres de medicamentos</b>	QUDEXY XR, TOPIRAMATE ER
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para 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 crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de topiramate de absorción rápida. Para el tratamiento adyuvante de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) si el paciente tiene 6 años o más, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam. Para el tratamiento preventivo de la migraña: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de topiramate de absorción rápida.
<b>Restricciones de edad</b>	Epilepsia: 2 años o más, migraña: 12 años o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	QUETIAPINA XR
<b>Nombres de medicamentos</b>	FUMARATO DE QUETIAPINA ER, SEROQUEL XR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tratamiento de mantenimiento en monoterapia para el trastorno bipolar I, tratamiento en monoterapia para el trastorno de ansiedad generalizada, tratamiento en monoterapia para el trastorno depresivo mayor
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones: Si el paciente tiene 65 años de edad o más Y está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam, zolpidem) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar múltiples medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) es necesario desde el punto de vista médico. (Nota: El uso de varios medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) en adultos de edad avanzada se asocia a un mayor riesgo de caídas. Para el tratamiento de la esquizofrenia: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para 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 al trastorno bipolar I o para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados al trastorno bipolar I: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados al trastorno bipolar II: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la quetiapina de liberación inmediata. Para el tratamiento complementario del trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SULFATO DE QUININA
<b>Nombres de medicamentos</b>	QUALAQUIN, SULFATO DE QUININA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Babesiosis, malaria por Plasmodium vivax sin complicaciones.

<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con clindamicina.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	QULIPTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	QULIPTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento con una prueba durante 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (antiepileptic drugs, AED), betabloqueantes adrenérgicos, antidepresivos; O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría probar durante 4 semanas cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (AED), betabloqueantes adrenérgicos, antidepresivos. Tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y experimentó menos días con migraña al mes con respecto al inicio.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	QUTENZA
<b>Nombres de medicamentos</b>	QUTENZA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la neuralgia posherpética (PHN) y la neuropatía diabética periférica (DPN) de los pies: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento luego de un mes de gabapentina genérica o tiene una intolerancia o contraindicación para gabapentina.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan

<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	QUZYTIR
<b>Nombres de medicamentos</b>	QUZYTIR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	6 meses de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 semanas
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	RADICAVA
<b>Nombres de medicamentos</b>	EDARAVONA, RADICAVA, RADICAVA ORS, RADICAVA ORS PAQUETE INICIAL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la esclerosis lateral amiotrófica (ELA): 1) El diagnóstico se clasifica como ELA definitiva o probable, Y 2) solo para inicios nuevos: El paciente tiene puntuaciones de al menos 2 puntos en las 12 áreas de la escala revisada de valoración funcional de la ELA (ALS Functional Rating Scale, ALSFRS-R). Para la continuación del tratamiento para la ELA: Hay un beneficio clínico del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	RAGWITEK
<b>Nombres de medicamentos</b>	RAGWITEK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia sublingual con alérgenos. Antecedentes de esofagitis eosinofílica.
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	De los 5 a los 65 años
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan

<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	RASUVO
<b>Nombres de medicamentos</b>	RASUVO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Incapacidad para preparar y administrar methrotexate genérico inyectable.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	RAVICTI
<b>Nombres de medicamentos</b>	RAVICTI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para trastornos del ciclo de la urea (urea cycle disorders, UCD): El diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	REBIF
<b>Nombres de medicamentos</b>	REBIF, REBIF REBIDOSE, REBIF REBIDOSE TITRATION, REBIF TITRATION PACK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	REBLOZYL
<b>Nombres de medicamentos</b>	REBLOZYL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la anemia con talasemia beta o anemia en síndromes mielodisplásicos o neoplasia mielodisplásica/mieloproliferativa, el paciente cumple con lo siguiente: Para inicios nuevos, el paciente tiene un diagnóstico de anemia evidenciado por un nivel de hemoglobina antes del tratamiento o antes de la transfusión inferior o igual a 11 gramos por decilitro (g/dl). Para la continuación del tratamiento, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) tiene un nivel de hemoglobina antes de la dosis inferior o igual a 11 g/dl (el nivel de hemoglobina actual o actual antes de la transfusión debe considerarse para fines de dosificación) o la persona que emite la receta acepta suspender la dosis hasta que el nivel de hemoglobina disminuya a 11 g/dl o menos; 2) el paciente debe lograr o mantener una reducción de la carga de transfusiones de glóbulos rojos o no ha recibido tres dosis consecutivas a la dosis máxima; Y 3) el paciente no debe experimentar una toxicidad inaceptable con el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-

<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Para la talasemia beta: 16 semanas. Para síndromes mielodisplásicos: 24 semanas.
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	REBYOTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	REBYOTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la prevención de la recurrencia de la infección por Clostridioides difficile (CDI): 1) El diagnóstico de CDI se ha confirmado mediante una prueba de heces positiva para la toxina C. difficile o C. difficile toxigénica; Y 2) el medicamento solicitado se administrará de 24 a 72 horas después de la última dosis de antibióticos utilizados para el tratamiento de la CDI recurrente.
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	RECORLEV
<b>Nombres de medicamentos</b>	RECORLEV
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	REGRANEX
<b>Nombres de medicamentos</b>	REGRANEX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	20 semanas
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	RELAFEN
<b>Nombres de medicamentos</b>	RELAFEN DS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el alivio de la osteoartritis y la artritis reumatoide: El paciente ha probado comprimidos de nabumetone genéricos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	RELEUKO
<b>Nombres de medicamentos</b>	RELEUKO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Síndrome hematopoyético del síndrome de radiación aguda, movilización de células progenitoras de sangre periférica (peripheral blood progenitor cells, PBPC), neutropenia en síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndromes, MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 con todos los criterios a continuación: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide Y 2) el paciente ha recibido actualmente o recibirá tratamiento con tratamiento mielosupresor contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	INYECCIÓN DE RELISTOR
<b>Nombres de medicamentos</b>	RELISTOR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no canceroso, incluido el dolor crónico relacionado con el cáncer anterior o su tratamiento que no requiere un aumento frecuente (p. ej., semanal) de la dosis de opioides: 1) el paciente no puede tolerar medicamentos orales, O 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: A) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no canceroso (p. ej., Movantik), O B) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no canceroso (p. ej., Movantik).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	4 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	COMPRIMIDOS DE RELISTOR
<b>Nombres de medicamentos</b>	RELISTOR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	4 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	RELTONE
<b>Nombres de medicamentos</b>	RELTONE, URSODIOL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para un paciente con cálculos de la vesícula biliar radiolúcidos no calcificados de menos de 20 milímetros en su mayor diámetro, en quien se realizaría una colecistectomía electiva, excepto por la presencia de un mayor riesgo quirúrgico debido a una enfermedad sistémica, edad avanzada, reacción idiosincrásica a la anestesia general, o para aquellos pacientes que se niegan a la cirugía: la dosis no puede adaptarse con cápsulas genéricas de ursodiol de 300 miligramos (mg). Para la prevención de la formación de cálculos biliares en un paciente obeso que experimenta pérdida de peso rápido: el paciente ha experimentado una intolerancia a las cápsulas genéricas de ursodiol de 300 mg debido a un evento adverso (p. ej., erupción, náuseas, vómitos, anafilaxia) causado por un ingrediente inactivo que no está contenido en el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	REMICADE
<b>Nombres de medicamentos</b>	INFLIXIMAB, REMICADE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Síndrome de Behcet; hidrosadenitis supurativa; artritis idiopática juvenil; piodermia gangrenosa; sarcoidosis; arteritis de Takayasu; uveítis.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) El paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida; O b) el paciente experimentó intolerancia o contraindicación al MTX Y a la leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placa de moderada a grave (inicio nuevo únicamente): 1) Al menos el 3% del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O ciertas áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O 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 ciertas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] se ven afectados).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para la hidrosadenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación cuando probó un tratamiento inmunodepresor para la uveítis. Para todas las indicaciones: El paciente experimentó un evento adverso intolerable a Renflexis, y este evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción.

<b>Grupo de autorización previa</b>	RENFLEXIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	RENFLEXIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Síndrome de Behcet; hidradenitis supurativa; artritis idiopática juvenil; piodermia gangrenosa; sarcoidosis; arteritis de Takayasu; uveítis
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) El paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida; O b) el paciente experimentó intolerancia o contraindicación al MTX Y a la leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placa de moderada a grave (inicio nuevo únicamente): 1) Al menos el 3% del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O ciertas áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O 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 ciertas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] se ven afectados).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para la hidrosadenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación cuando probó un tratamiento inmunodepresor para la uveítis.
<b>Grupo de autorización previa</b>	REPATHA
<b>Nombres de medicamentos</b>	REPATHA, SISTEMA REPATHA PUSHTRONEX, REPATHA SURECLICK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	RETACRIT
<b>Nombres de medicamentos</b>	RETACRIT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Anemia debido a síndromes mielodisplásicos (MDS), anemia en la artritis reumatoidea (AR), anemia debido al tratamiento de la hepatitis C (ribavirina en combinación con interferón alfa o peginterferón alfa)
<b>Criterios de exclusión</b>	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mielóide.
<b>Información médica requerida</b>	Los requisitos con respecto a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) para todos los usos, excepto para la anemia debido a la quimioterapia o al síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%); Y 2) para todos los usos excepto la cirugía: la hemoglobina es inferior a 10 g/dl antes del tratamiento (sin un tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior); Y 3) para el MDS: el nivel de eritropoyetina sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/l o menos. Para las nuevas autorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos excepto cirugía: 1) el paciente recibió al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina; Y 2) respondió al tratamiento con eritropoyetina; Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dl; Y 4) para todos los usos excepto la anemia debido a la quimioterapia o MDS: el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	16 semanas
<b>Otros criterios</b>	La cobertura incluye el uso en anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. La cobertura de la Parte D se rechazará si la cobertura está disponible en virtud de la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y entrega o suministra para el individuo (p. ej., se utiliza para el tratamiento de la anemia en un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se proporciona del suministro médico como parte de un servicio médico).

<b>Grupo de autorización previa</b>	RETEVMO
<b>Nombres de medicamentos</b>	RETEVMO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo para el reordenamiento recurrente del gen RET, metástasis cerebral del NSCLC positivo para fusión RET, histiocitosis de células de Langerhans con fusión del gen RET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/resistente con fusión del gen RET, enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/resistente con fusión del gen RET, cáncer primario oculto con fusión del gen RET, tumores sólidos con fusión del gen RET para enfermedad recidivante
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), el paciente debe cumplir con todos estos requisitos: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el tumor es positivo para fusión del gen RET o positivo para reordenamiento del RET. Para tumores sólidos, el paciente debe cumplir con todos los siguientes requisitos: 1) La enfermedad es recurrente, crónica, progresiva, irsecable, localmente avanzada o metastásica; 2) el paciente ha evolucionado durante o después de un tratamiento sistémico previo o no tiene opciones de tratamiento alternativas satisfactorias; Y 3) el tumor es positivo para fusión del gen RET.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	REVCOVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	REVCOVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	REVLIMID
<b>Nombres de medicamentos</b>	LENALIDOMIDA, REVLIMID
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Amiloidosis sistémica de cadena ligera, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin la anomalía citogenética de eliminación 5q, anemia asociada a la mielofibrosis, síndrome de 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 de células T periféricas que no se especifican de otro modo, linfoma de células T angioinmunoblástico (AITL), linfoma de células T estimulado por enteropatía, linfoma de células T intestinales epiteliales monomórficas, linfoma de células T periféricas nodales, leucemia/linfoma de células T en adultos, linfoma de células T hepatoesplénicas, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), leucemia linfocítica crónica (chronic lymphocytic Leukemia, CLL) /linfoma linfocítico pequeño (small lymphocytic lymphoma, SLL), linfomas de células B relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), trastorno linfáticoproliferativo monomórfico posterior al trasplante, linfoma difundible de células B grandes, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfomas de células B de alto grado, transformación histológica de los linfomas indolentes para deslumbrar los linfomas de células B grandes
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene un MDS de menor riesgo con anemia sintomática según el Sistema internacional revisado de puntuación de pronóstico (Revised International Prognostic Scoring System, IPSS-R), el Sistema internacional de puntuación de pronóstico (Prognostic Scoring System, IPSS) o el Sistema internacional de puntuación de pronóstico basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization classification-based Prognostic Scoring System, WPSS).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	REYVOW
<b>Nombres de medicamentos</b>	REYVOW
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la migraña aguda: 1) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Nurtec ODT (rimegepant) o Ubrelvy (ubrogepant).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	REZDIFFRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	REZDIFFRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la esteatohepatitis no alcohólica (Nonalcoholic Steatohepatitis, NASH) no cirrótica (inicial): el paciente tiene fibrosis hepática de moderada a avanzada (congruente con las etapas F2 a F3) al inicio, que se confirmó mediante biopsia hepática o elastografía por resonancia magnética (Magnetic Resonance Elastography, MRE). Para la NASH (continuación): El paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (por ejemplo, mejora en la función hepática, como reducción de la alanina aminotransferasa [ALT], reducción del contenido de grasa hepática mediante imágenes, como resonancia magnética-fracción de grasa de densidad de proteínas [Magnetic Resonance Imaging-Protein Density Fat Fraction, MRI-PDFF] o FibroScan, con efecto de atenuación controlada [Controlled Attenuation Parameter, CAP]).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un hepatólogo o gastroenterólogo, o en consulta con estos.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	REZLIDHIA
<b>Nombres de medicamentos</b>	REZLIDHIA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	REZUROCK
<b>Nombres de medicamentos</b>	REZUROCK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	RIABNI
<b>Nombres de medicamentos</b>	RIABNI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Los subtipos de linfomas que no son de Hodgkin [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfoma de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extraganglionar de la zona extranodal), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, la transformación histológica de los linfomas indolentes para deslumbrar los linfomas de células B grandes, la transformación histológica de leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL a linfoma difundible de células B grandes, linfoma primario cutáneo de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tricoleucemia, trastorno linfáticoproliferativo posterior al trasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B]; púrpura trombocitopénica (ITP) inmunitaria o idiopática resistente, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), Síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave resistente, linfoma de Hodgkin (linfocitos nodulares predominantes), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLT relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma similar a Burkitt, linfoma mediastínico primario de células B grandes) y Leucemia aguda de células B maduras (B-AL) pediátrica
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX); O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) una respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) una respuesta insuficiente o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Las neoplasias hemáticas deben ser positivas para CD20. Para la esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recidivante; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta insuficiente a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad indicados para la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario: 3 meses; todas las demás: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	El paciente tuvo un acontecimiento adverso intolerable a Truxima, y ese acontecimiento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información para prescribir.

<b>Grupo de autorización previa</b>	RINVOQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	RINVOQ, RINVOQ LQ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor, TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la artritis psoriásica activa (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la colitis ulcerosa de moderada a gravemente activa (inicios nuevos únicamente): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la enfermedad de Crohn activa de moderada a grave (inicio nuevo únicamente): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la dermatitis atópica (solo de inicio nuevo): 1) El paciente tiene enfermedad recidivante, de moderada a grave; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con al menos otro producto farmacológico sistémico, incluidos los biológicos, o el uso de estos tratamientos no es aconsejable. Para la dermatitis atópica (continuación del tratamiento): El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF.
<b>Restricciones de edad</b>	Dermatitis atópica: 12 años o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Dermatitis atópica (inicial): 4 meses, todos los demás: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	RITUXAN
<b>Nombres de medicamentos</b>	RITUXAN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Los subtipos de linfomas que no son de Hodgkin [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfoma de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extraganglionar de la zona extranodal), linfoma de células B de alto grado, la transformación histológica de los linfomas indolentes para deslumbrar los linfomas de células B grandes, la transformación histológica de leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL a linfoma difundible de células B grandes, linfoma primario cutáneo de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tricoleucemia, trastorno linfáticoproliferativo posterior al trasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B]; púrpura trombocitopénica (ITP) inmunitaria o idiopática resistente, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), Síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave resistente, linfoma de Hodgkin (linfocitos nodulares predominantes), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLD relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman y linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma mediastínico primario de células B grandes)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX); O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) una respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) una respuesta insuficiente o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Las neoplasias hemáticas deben ser positivas para CD20. Para la esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recidivante; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta insuficiente a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad indicados para la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario: 3 meses; todas las demás: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	El paciente tuvo un acontecimiento adverso intolerable a Truxima, y ese acontecimiento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información para prescribir.

<b>Grupo de autorización previa</b>	RITUXAN HYCELA
<b>Nombres de medicamentos</b>	RITUXAN HYCELA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Enfermedad de Castleman (CD), linfoma de células B de alto grado, la transformación histológica de los linfomas indolentes para deslumbrar los linfomas de células B grandes, linfomas de la zona marginal (linfoma de la zona marginal nodal, de la zona extranodal, y esplénico), linfoma de células del manto, trastorno linfáticoproliferativo posterior al trasplante (PTLD), linfoma de células B cutáneas primarias, tricoleucemia, linfoma linfocítico pequeño (SLL), macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico, linfoma de Hodgkin (linfocitos nodulares predominantes)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Las neoplasias deben ser positivas para CD20. El paciente debe recibir al menos una dosis completa de un producto de rituximab mediante infusión intravenosa sin experimentar reacciones adversas graves.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	RIVFLOZA
<b>Nombres de medicamentos</b>	RIVFLOZA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hiperoxaluria primaria de tipo 1 (primary hyperoxaluria type 1, PH1): el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba genética molecular que muestra una mutación en el gen alanina:glioxilato aminotransferasa (AGXT) o un análisis de enzimas hepáticas que demuestra actividad de alanina:glioxilato aminotransferasa (AGT) ausente o significativamente reducida. Para la PH1 (continuación): el paciente ha experimentado niveles reducidos o normalizados de oxalato urinario desde el comienzo del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ROLVEDON
<b>Nombres de medicamentos</b>	ROLVEDON
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con todos los criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer Y 3) el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ROZLYTREK
<b>Nombres de medicamentos</b>	ROZLYTREK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón recidivante de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo para ROS1, tumores sólidos positivos para la fusión del gen receptor de tirosina cinasa neurotrófico (neurotrophic tyrosine receptor kinase, NTRK) no metastáticos, tratamiento de primera línea de tumores sólidos positivos para fusión del gen NTRK, melanoma cutáneo positivo para fusión del gen ROS1
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todos los tumores sólidos positivos para la fusión del gen receptor de tirosina cinasa (NTRK) neurotrófico: la enfermedad no tiene una mutación de resistencia adquirida conocida. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas positivo para ROS1: el paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	RUBRACA
<b>Nombres de medicamentos</b>	RUBRACA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Leiomiomasarcoma uterino, adenocarcinoma del páncreas, cáncer epitelial de ovario avanzado (estadio II-IV), cáncer de trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con una mutación deletérea del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) (línea germinal o somática): 1) el paciente ha sido tratado con terapia dirigida al receptor de andrógenos, Y 2) el paciente ha sido tratado con una quimioterapia a base de taxane o el paciente no es apto para quimioterapia, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un analógico de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para el tratamiento de mantenimiento del cáncer de ovario, de trompas de Falopio y peritoneal primario con mutación de BRCA: 1) la paciente tiene enfermedad avanzada (estadio II-IV) y está en respuesta completa o parcial al tratamiento primario, O 2) la paciente tiene enfermedad recurrente y está en respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en un medicamento con base de radiación. Para el leiomiomasarcoma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea Y 2) la paciente tiene enfermedad con alteración de BRCA. Para el adenocarcinoma de páncreas: 1) el paciente tiene enfermedad metastásica, Y 2) tiene mutaciones somáticas o de línea germinal en los genes BRCA o PALB-2.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	RUCONEST
<b>Nombres de medicamentos</b>	RUCONEST
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de ataques agudos debido a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con insuficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio; O 2) el paciente tiene AEH con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF); b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema que fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	RUXIENCE
<b>Nombres de medicamentos</b>	RUXIENCE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Los subtipos de linfomas que no son de Hodgkin [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfoma de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extraganglionar de la zona extranodal), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, la transformación histológica de los linfomas indolentes para deslumbrar los linfomas de células B grandes, la transformación histológica de leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL a linfoma difundible de células B grandes, linfoma primario cutáneo de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tricoleucemia, trastorno linfáticoproliferativo posterior al trasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B]; púrpura trombocitopénica (ITP) inmunitaria o idiopática resistente, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), Síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave resistente, linfoma de Hodgkin (linfocitos nodulares predominantes), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLT relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma similar a Burkitt, linfoma mediastínico primario de células B grandes) y Leucemia aguda de células B maduras (B-AL) pediátrica
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX); O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) una respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) una respuesta insuficiente o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Las neoplasias hemáticas deben ser positivas para CD20. Para la esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recidivante; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta insuficiente a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad indicados para la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario: 3 meses; todas las demás: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	El paciente tuvo un acontecimiento adverso intolerable a Truxima, y ese acontecimiento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información para prescribir.



<b>Grupo de autorización previa</b>	RYBELSUS
<b>Nombres de medicamentos</b>	RYBELSUS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	RYBREVANT
<b>Nombres de medicamentos</b>	RYBREVANT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente con enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	RYDAPT
<b>Nombres de medicamentos</b>	RYDAPT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Leucemia mieloide aguda (AML) recidivante o resistente, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos de FGFR1 o FLT3, tratamiento posterior a la inducción para la AML, reinducción de la enfermedad residual para la AML
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide aguda (AML): La AML es positiva para la mutación de la tirosina cinasa 3 (FLT3) similar a la FMS. Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos del receptor del factor de crecimiento fibroblástico de tipo 1 (FGFR1) o FLT3: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	RYLAZE
<b>Nombres de medicamentos</b>	RYLAZE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Linfoma extraganglionar de linfocitos T citolíticos naturales (natural killer, NK) (extranodal natural killer/T-cell lymphoma, ENKTL) de tipo nasal; leucemia agresiva de linfocitos NK (aggressive NK-cell leukemia, ANKL)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	RYSTIGGO
<b>Nombres de medicamentos</b>	RYSTIGGO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la miastenia grave generalizada (generalized myasthenia gravis, gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	RYTELO
<b>Nombres de medicamentos</b>	RYTELO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para los nuevos inicios, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) el paciente no ha respondido, ha perdido respuesta o no es elegible para recibir fármacos estimulantes de la eritropoyesis (erythropoiesis-stimulating agents, ESA); Y 2) el paciente ha estado recibiendo transfusiones regulares de glóbulos rojos, definidas como 4 unidades o más por 8 semanas. Para la continuación del tratamiento, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) el paciente debe lograr o mantener una reducción de la carga de transfusión de glóbulos rojos, Y 2) no debe experimentar una toxicidad inaceptable con respecto al medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	24 semanas
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SAMSCA
<b>Nombres de medicamentos</b>	SAMSCA, TOLVAPTAN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El tratamiento con el medicamento solicitado se inició (o se reinició) en el hospital.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	30 días
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SANDOSTATINA LAR
<b>Nombres de medicamentos</b>	SANDOSTATINA LAR DEPOT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Control del tumor de las siguientes indicaciones: timomas y carcinomas tímicos; tumores neuroendocrinos (NET) (incluidos tumores del páncreas, el tracto gastrointestinal, el pulmón, el timo, gastrinoma primario no resecaado, NET de grado 3 bien diferenciados con biología favorable, feocromocitoma y paraganglioma); y meningiomas
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la acromegalia, inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (insulin-like growth factor-1, IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SAPHNELO
<b>Nombres de medicamentos</b>	SAPHNELO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Para los pacientes que recién comienzan el tratamiento: nefritis lúpica activa grave y lupus del sistema nervioso central activo grave.
<b>Información médica requerida</b>	Para el lupus eritematoso diseminado (systemic lupus erythematosus, SLE) de moderado a grave: 1) el paciente actualmente recibe un régimen estable de tratamiento estándar para el SLE (p. ej., corticoesteroides, antipalúdicos o AINE); O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento de referencia para el SLE.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SAPROPTERINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	JAVYGTOR, KUVAN, DIHIDROCLORURO DE SAPROPTERINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la fenilcetonuria (phenylketonuria, PKU): Para los pacientes que aún no han recibido un ensayo terapéutico del medicamento solicitado, el nivel de fenilalanina del paciente previo al tratamiento (incluido antes del manejo de la dieta) es superior a 6 mg/dl (360 micromol/l). Para los pacientes que completaron un ensayo terapéutico del medicamento solicitado, el paciente debe haber experimentado una mejora (p. ej., reducción de los niveles de fenilalanina en sangre, mejora de los síntomas neuropsiquiátricos).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 2 meses; todos los demás: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SARCLISA
<b>Nombres de medicamentos</b>	SARCLISA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para mieloma múltiple: El medicamento solicitado se utilizará como parte de un régimen de tratamiento combinado Y cualquiera de los siguientes: 1) El paciente ha sido tratado con al menos un tratamiento previo O 2) es candidato para trasplante.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SAVELLA
<b>Nombres de medicamentos</b>	SAVELLA, PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE SAVELLA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la fibromialgia: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para duloxetina o pregabalina.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SCEMBLIX
<b>Nombres de medicamentos</b>	SCEMBLIX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neoplasias mieloides o linfáticas con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o fase blástica.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide crónica (CML) en la fase crónica: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL Y 2) el paciente cumple con algo de lo siguiente: A) El paciente ha sido tratado previamente con 2 o más inhibidores de la tirosina cinasa (tyrosine kinase inhibitors, TKI) Y al menos uno de ellos era imatinib, dasatinib o nilotinib; O B) es positivo para la mutación T315I; Y 3) es negativo para las siguientes mutaciones: A337T, P465S.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SEGLENTIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	SEGLENTIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el manejo del dolor agudo lo suficientemente intenso como para requerir un analgésico opioide: 1) El paciente tuvo una respuesta insuficiente a un régimen de dos comprimidos de tramadol y celecoxib; O 2) ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación causada por un principio inactivo del tramadol genérico o celecoxib genérico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SEROSTIM
<b>Nombres de medicamentos</b>	SEROSTIM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con deterioro progresivo o caquexia: 1) El medicamento solicitado se utiliza en combinación con terapia antirretroviral Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes: a) ha tenido una respuesta subóptima a al menos otro tratamiento para el deterioro progresivo o la caquexia (p. ej., megestrol, dronabinol, ciproheptadina o tratamiento de testosterona si es hipogonadal); b) el paciente tiene una contraindicación o intolerancia a tratamientos alternativos. Para la continuación del tratamiento: El paciente debe haber demostrado una respuesta al tratamiento con el medicamento solicitado (es decir, el índice de masa corporal [IMC] ha aumentado o se ha estabilizado).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	12 semanas
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SEYSARA
<b>Nombres de medicamentos</b>	SEYSARA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para lesiones inflamatorias de acné vulgar no nodular de moderado a grave: 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con doxycycline (regular o de absorción lenta) o minocycline (regular o de absorción lenta) O 2) el paciente ha experimentado intolerancia a la doxycycline (regular o de absorción lenta) o la minocycline (regular o de absorción lenta)
<b>Restricciones de edad</b>	9 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SIGNIFOR
<b>Nombres de medicamentos</b>	SIGNIFOR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SIGNIFOR LAR
<b>Nombres de medicamentos</b>	SIGNIFOR LAR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la acromegalia, tratamiento inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (insulin-like growth factor-1, IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SILDENAFILO
<b>Nombres de medicamentos</b>	REVATIO, CITRATO DE SILDENAFILO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para PAH, únicamente inicio nuevo: 1) Presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento pulmonar capilar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) si la solicitud es para un adulto, resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	INYECCIÓN DE SILDENAFILO
<b>Nombres de medicamentos</b>	REVATIO, SILDENAFILO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para PAH, únicamente inicio nuevo: 1) Presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento pulmonar capilar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) si la solicitud es para un adulto, resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	El paciente estaba recibiendo previamente Revatio o sildenafil por vía oral, pero ahora no puede tomar medicamentos orales por un tiempo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	SILIQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	SILIQ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) se ve afectada al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	SIMPONI
<b>Nombres de medicamentos</b>	SIMPONI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	<p>Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) a menos que el MTX esté contraindicado o no se tolere, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para la colitis ulcerosa de moderada a gravemente activa (inicios nuevos únicamente): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Stelara (ustekinumab), Velsipity (etrasimod), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para la artritis psoriásica activa (inicio nuevo únicamente): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta).</p>
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SIMPONI ARIA
<b>Nombres de medicamentos</b>	SIMPONI ARIA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o que el MTX esté contraindicado o no se tolere, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para un adulto con artritis psoriásica activa (inicio nuevo únicamente): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (inicio nuevo únicamente): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta).

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SIRTURO
<b>Nombres de medicamentos</b>	SIRTURO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o en consulta con este
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SKYCLARYS
<b>Nombres de medicamentos</b>	SKYCLARYS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la ataxia de Friedreich (Friedreich's ataxia, FRDA): 1) El paciente tiene una mutación genética confirmada en el gen de la frataxina (FXN), Y 2) el paciente está exhibiendo manifestaciones clínicas de la enfermedad (p. ej., debilidad muscular, disminución de la coordinación, caídas frecuentes). Para la FRDA, continuación del tratamiento: El paciente ha experimentado una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
<b>Restricciones de edad</b>	16 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un médico que se especializa en la ataxia de Friedreich o un neurólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SKYRIZI
<b>Nombres de medicamentos</b>	SKYRIZI, SKYRIZI PLUMA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; 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 se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SKYTROFA
<b>Nombres de medicamentos</b>	SKYTROFA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
<b>Información médica requerida</b>	Para la insuficiencia de la hormona del crecimiento (growth hormone deficiency, GHD) pediátrica, inicial: A) El paciente (pt) cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) es menor de 2.5 años con estatura (ht) previa al tratamiento (pre-tx) de más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media y la velocidad de crecimiento lenta; O 2) 2.5 años o más Y uno de los siguientes: a) velocidad de ht de 1 año pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media; O b) ht pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media y velocidad de ht de 1 SD por debajo de la media, Y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) fracaso de 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (growth hormone, GH) previas al tratamiento (pico inferior a 10 ng/ml); O 2) trastorno de la hipófisis/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-tx de más de 2 SD por debajo de la media; O B) se diagnosticó al paciente con GHD cuando era recién nacido. Para la GHD pediátrica, continuación del tratamiento: El paciente experimenta una mejora. 1 año de edad o más
<b>Restricciones de edad</b>	1 año de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SOGROYA
<b>Nombres de medicamentos</b>	SOGROYA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Insuficiencia de la hormona del crecimiento (growth hormone deficiency, GHD) pediátrica: Paciente pediátrico con epífisis cerradas
<b>Información médica requerida</b>	Para la GHD de adultos: El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) fracaso de 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento; O 2) factor de crecimiento 1 similar a la inulina (IGF-1) previo al tratamiento más de 2 SD por debajo de la media Y fracaso de 1 prueba de estimulación de la GH previa al tratamiento; O 3) enfermedad hipotalámica-hipofisaria orgánica (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más deficiencias hormonales hipofisarias Y IGF-1 pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media; O 4) defectos hipotalámicos-hipofisarios genéticos o estructurales; O 5) GHD de inicio en la infancia con anomalías congénitas (genéticas o estructurales) del hipotálamo/hipofisario/SNC.
<b>Restricciones de edad</b>	Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: 2.5 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para la deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: 1) El paciente (pt) tiene velocidad de altura (ht) 1 año previa al tratamiento (pre-tx) más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media O una ht pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media y una velocidad de ht de 1 año más de 1 SD por debajo de la media Y el pt cumple con cualquiera de los siguientes: a) 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento fallidas (pico inferior a 10 ng/ml), b) trastorno de la hipófisis/sistema nervioso central (CNS) (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales adquiridas, anomalías estructurales congénitas) y factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) pre-tx más de 2 SD por debajo de la media O 2) al pt se le diagnosticó GHD cuando era recién nacido. Para la GHD pediátrica y adulta, continuación de la terapia: El paciente experimenta una mejora.

<b>Grupo de autorización previa</b>	SOLIRIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	SOLIRIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (paroxysmal nocturnal hemoglobinuria, PNH) (inicial): 1) el diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente (pt) ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el síndrome urémico hemolítico atípico (atypical hemolytic uremic syndrome, aHUS) (inicial): la enfermedad no es causada por la Escherichia coli productora de la toxina Shiga. Para la aHUS (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para la miastenia grave generalizada (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SOMATULINA DEPOT
<b>Nombres de medicamentos</b>	ACETATO DE LANREOTIDA, SOMATULINA DEPOT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Control del tumor de tumores neuroendocrinos (neuroendocrine tumors, NET) (incluidos tumores de pulmón, timo, NET de grado 3 bien diferenciados que no sean de origen gastroenteropancreático con biología favorable y feocromocitoma/paraganglioma)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la acromegalia, inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (insulin-like growth factor-1, IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SOMAVERT
<b>Nombres de medicamentos</b>	SOMAVERT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la acromegalia, inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (insulin-like growth factor-1, IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SOOLANTRA
<b>Nombres de medicamentos</b>	IVERMECTIN, SOOLANTRA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SOTYKTU
<b>Nombres de medicamentos</b>	SOTYKTU
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; 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 se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SPEVIGO
<b>Nombres de medicamentos</b>	SPEVIGO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis pustulosa generalizada (generalized pustular psoriasis, GPP): El paciente tiene antecedentes conocidos de psoriasis pustulosa generalizada (ya sea recurrente [más de 1 episodio] o persistente [más de 3 meses]).
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	SPRAVATO
<b>Nombres de medicamentos</b>	DOSIS DE 56MG DE SPRAVATO, DOSIS DE 84MG DE SPRAVATO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento inicial para la depresión resistente al tratamiento (treatment-resistant depression, TRD): 1) Diagnóstico confirmado de trastorno depresivo grave (episodio único o recurrente) mediante escalas de calificación estandarizadas que miden los síntomas depresivos (p. ej., inventario de la depresión de Beck [Beck's Depression Inventory, BDI], escala de Hamilton para la evaluación de la depresión [Hamilton Depression Rating Scale, HDRS], Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión [Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS], etc.); Y 2) respuesta insuficiente con una dosis terapéutica o intolerancia a al menos dos fármacos antidepresivos durante el episodio depresivo actual; Y 3) el paciente actualmente recibe tratamiento con un antidepresivo oral. Para la TRD, continuación del tratamiento: Mejora o mejora sostenida con respecto al inicio de los síntomas depresivos, según lo evidencian las escalas de calificación estandarizadas que miden los síntomas depresivos. Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD) con pensamientos o comportamientos suicidas agudos: 1) Diagnóstico confirmado de trastorno depresivo grave (episodio único o recurrente) mediante escalas de calificación estandarizadas que miden los síntomas depresivos (p. ej., inventario de la depresión de Beck [Beck's Depression Inventory, BDI], escala de Hamilton para la evaluación de la depresión [Hamilton Depression Rating Scale, HDRS], Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión [Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS], etc.); Y 2) el paciente usará el medicamento solicitado en combinación con un antidepresivo oral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	TRD inicial: 3 meses; TRD continuación: Año del plan; MDD: 1 mes
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

<b>Grupo de autorización previa</b>	SPRYCEL
<b>Nombres de medicamentos</b>	SPRYCEL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), condrosarcoma metastásico o generalizado, cordoma recidivante, leucemia linfoblástica aguda de linfocitos T (ALL) y ALL de células B similar a Filadelfia (Ph), neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o fase blástica, melanoma cutáneo
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia (Ph) o el gen BCR-ABL; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa: el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), el paciente tiene un diagnóstico de uno de los siguientes: 1) ALL positiva para el cromosoma Filadelfia, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: El diagnóstico que se confirmó mediante la detección del cromosoma Ph o el gen BCR-ABL Y, si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L; O 2) B-ALL similar a Ph con fusión de cinasa de clase ABL; O 3) ALL de linfocitos T con translocación de clase ABL recidivante o resistente. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) El paciente cumple todos los siguientes criterios: A) La enfermedad es residual, irresecable, recurrente/progresiva o metastásica/con rotura tumoral; B) el paciente ha recibido tratamiento previo con avapritinib; Y C) el paciente es positivo para mutaciones del exón 18 del receptor del factor de crecimiento de reemplazo plaquetario alfa (platelet-derived growth factor receptor alpha, PDGFRA). Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable; 2) la enfermedad es positiva para mutaciones que activan c-KIT; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior; Y 4) el paciente ha tenido evolución de la enfermedad, intolerancia o riesgo de evolución con el tratamiento dirigido a un gen BRAF.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	STELARA
<b>Nombres de medicamentos</b>	STELARA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; 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 se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	STIMUFEND
<b>Nombres de medicamentos</b>	STIMUFEND
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 con ambos criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	STIVARGA
<b>Nombres de medicamentos</b>	STIVARGA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Osteosarcoma; glioblastoma; angiosarcoma; sarcoma de tejido blando retroperitoneal/intraabdominal; rabdomiosarcoma; sarcomas de tejido blando de las extremidades, pared corporal, cabeza y cuello; adenocarcinoma apendicular
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer colorrectal: 1) La enfermedad es avanzada o metastásica, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Lonsurf (trifluridina/tipiracilo).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	STRENSIQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	STRENSIQ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la hipofosfatasa de inicio perinatal/infantil y juvenil: 1) El paciente tiene signos o síntomas clínicos de hipofosfatasa (p. ej., hipomineralización generalizada con características raquíticas, deformidades torácicas y fracturas de costillas, problemas respiratorios, hipercalcemia, no prosperar, dolor óseo/de articulaciones, convulsiones); Y 2) el inicio de la enfermedad fue perinatal/infantil o juvenil; Y 3) el diagnóstico se confirmó por la presencia de mutaciones en el gen ALPL según lo detectado por pruebas genéticas moleculares ALPL O el diagnóstico se respaldó por TODOS los siguientes: a) imágenes radiográficas que demuestren anomalías esqueléticas (p. ej., raquitismo infantil, pérdida de hueso alveolar, defectos óseos focales de las metáfisis, fracturas por estrés metatarsiano); b) nivel bajo de fosfatasa alcalina (alkaline phosphatase, ALP) en suero, según lo definido por el rango de referencia específico de género y edad del laboratorio que realiza la prueba; y c) nivel elevado de sustrato de fosfatasa alcalina no específica de tejido (tissue-nonspecific alkaline phosphatase, TNALP) (es decir, nivel sérico de piridoxal 5'-fosfato [pyridoxal 5'-phosphate, PLP], nivel de fosfoetanolamina [phosphoethanolamine, PEA] en suero u orina, nivel urinario inorgánico de pirofosfato [inorganic pyrophosphate, PPI]).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SUCRAID
<b>Nombres de medicamentos</b>	SUCRAID
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la deficiencia congénita de sacarasa-isomaltasa: 1) El diagnóstico se confirmó mediante biopsia del intestino delgado, O 2) el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SUNOSI
<b>Nombres de medicamentos</b>	SUNOSI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la somnolencia excesiva durante el día asociada con narcolepsia, solicitud inicial: 1) El diagnóstico confirmado mediante una evaluación de análisis de laboratorio del sueño; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos que estimulan la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para la somnolencia excesiva durante el día asociada con apnea del sueño obstructiva (obstructive sleep apnea, OSA), solicitud inicial: 1) El diagnóstico confirmado mediante una polisomnografía; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos que estimulan la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Si la solicitud es para la continuación del tratamiento, el paciente experimentó una disminución en la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución en la somnolencia diurna con apnea obstructiva del sueño (OSA).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	SUSVIMO
<b>Nombres de medicamentos</b>	SUSVIMO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo o en consulta con este.
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	SUTENT
<b>Nombres de medicamentos</b>	SUNITINIB MALATE, SUTENT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Carcinoma tiroideo (folicular, medular, papilar y oncocítico); sarcoma de tejidos blandos (subtipos de angiosarcoma, tumor fibroso solitario y sarcoma alveolar de partes blandas); cordoma recurrente; carcinoma tímico; neoplasias linfoides o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en fase crónica o blástica; feocromocitoma; paracamolioma; tumores neuroendócrinos bien diferenciados de grado 3
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma de células renales (renal cell carcinoma, RCC): 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV; O 2) el medicamento solicitado se está utilizando como tratamiento adyuvante para pacientes con alto riesgo de RCC recurrente después de una nefrectomía.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SYFOVRE
<b>Nombres de medicamentos</b>	SYFOVRE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

<b>Grupo de autorización previa</b>	SYLVANT
<b>Nombres de medicamentos</b>	SYLVANT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Enfermedad de Castleman unicéntrica recurrente o refractaria en pacientes que son negativos para el virus de la inmunodeficiencia humana y negativos para el herpesvirus humano 8
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SYMDEKO
<b>Nombres de medicamentos</b>	SYMDEKO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
<b>Restricciones de edad</b>	6 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SYMLIN
<b>Nombres de medicamentos</b>	SYMLINPEN 120, SYMLINPEN 60
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	SYMPAZAN
<b>Nombres de medicamentos</b>	SYMPAZAN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (Lennox-Gastaut syndrome, LGS): 2 años o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	SYNAREL
<b>Nombres de medicamentos</b>	SYNAREL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la pubertad precoz central (central precocious puberty, CPP): Los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin releasing hormone, GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (HL) de tercera generación; Y 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP; Y 3) la aparición de características sexuales secundarias se produjo antes de los 8 años de edad para las pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad para los pacientes de sexo masculino. Para el manejo de endometriosis: La paciente aún no ha recibido 6 meses o más de tratamiento con el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	CPP: El paciente debe tener menos de 12 años de edad si es mujer y menos de 13 si es hombre. Endometriosis: 18 años de edad o más.
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	TABRECTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TABRECTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recidivante, NSCLC con intensificación de transición epitelial mesenquimatoso (mesenchymal-epithelial transition, MET) de alto nivel, metástasis cerebral del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) del NSCLC con mutación del exón 14 de MET
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, avanzado o metastásico: El tumor es positivo para la mutación de omisión del exón 14 de la transición epitelial mesenquimatoso (MET).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TADALAFILO (BPH)
<b>Nombres de medicamentos</b>	CIALIS, TADALAFILO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Disfunción eréctil.
<b>Información médica requerida</b>	Para la hiperplasia prostática benigna (benign prostatic hyperplasia, BPH): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a ambos de los siguientes: 1) alfabloqueador, 2) inhibidor de la 5-alfa reductasa (5-ARI).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	26 semanas
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TADALAFILO (PAH)
<b>Nombres de medicamentos</b>	ADCIRCA, ALYQ, TADALAFILO, TADLIQ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para PAH, únicamente inicio nuevo: 1) Presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento pulmonar capilar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TAFINLAR
<b>Nombres de medicamentos</b>	TAFINLAR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único o en combinación con trametinib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para una mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único en combinación con trametinib. Para el carcinoma tiroideo papilar, folicular y oncocítico: 1) El tumor es positivo para V600E del gen BRAF; Y 2) la enfermedad no es tributaria de tratamiento con yodo radiactivo (radioactive iodine, 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 V600E del gen BRAF. Para tumores sólidos: 1) El tumor es positivo para una mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TAGRISSE
<b>Nombres de medicamentos</b>	TAGRISSE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante y positivo del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante, metástasis cerebral por NSCLC positivo para la mutación EGFR sensibilizante, metástasis leptomeníngea por NSCLC positivo con mutación EGFR
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes entornos: 1) El paciente cumple con ambos de los siguientes: a) tiene NSCLC metastásico, avanzado o recurrente (incluida la metástasis cerebral o leptomeníngea del NSCLC); y b) tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante; O 2) el paciente cumple con ambos de los siguientes requisitos: a) la solicitud es para el tratamiento complementario del NSCLC después de la extirpación del tumor; y b) el paciente tiene enfermedad positiva para la mutación de EGFR.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TAKHZYRO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TAKHZYRO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la profilaxis de ataques de angioedema debido a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con insuficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio; O 2) el paciente tiene AEH con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y cualquiera de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF); b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema que fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
<b>Restricciones de edad</b>	2 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TALTZ
<b>Nombres de medicamentos</b>	TALTZ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (inicio nuevo únicamente): 1) se ve afectada al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para la artritis psoriásica (psoriatic arthritis, PsA) activa (inicio nuevo únicamente): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción lenta). Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Cosentyx (secukinumab), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib).

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TALZENNA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TALZENNA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama recurrente con mutación hereditaria del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TARGRETINA TÓPICA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BEXAROTENO, TARGRETINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS); leucemia/linfoma de linfocitos T crónica o latente en adultos (chronic or smoldering adult T-cell leukemia/lymphoma, ATLL); linfoma de zona marginal cutánea primaria; linfoma de centro folicular cutáneo primario
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TARPEYO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TARPEYO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para pacientes con nefropatía por inmunoglobulina A (immunoglobulin A nephropathy, IgAN) primaria con riesgo de evolución de la enfermedad: 1) el paciente está recibiendo una dosis estable de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (renin-angiotensin system, RAS) con la dosis máxima tolerada (p. ej., inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina [angiotensin-converting enzyme, ACE] o bloqueador de los receptores de la angiotensina [angiotensin receptor blocker, ARB]), o el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación para los inhibidores del RAS; Y 2) el paciente ha experimentado intolerancia a un glucocorticoide oral (p. ej., prednisona).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	10 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TASCENSO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TASCENSO ODT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TASIGNA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TASIGNA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (Ph+ ALL); tumor del estroma gastrointestinal (GIST); neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o la fase blástica; sinovitis vellonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinoviales; melanoma cutáneo.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para CML, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para ALL, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad es residual, irresecable, recurrente/progresiva o metastásica/con rotura tumoral, Y 2) la enfermedad ha evolucionado con al menos 2 tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones que activan c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido evolución de la enfermedad, intolerancia o riesgo de evolución con el tratamiento dirigido a un gen BRAF.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TAVALISSE
<b>Nombres de medicamentos</b>	TAVALISSE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la trombocitopenia inmunitaria crónica (immune thrombocytopenia, ITP) (de inicio nuevo): el paciente debe cumplir TODOS los siguientes criterios: 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo (p. ej., corticoesteroides, inmunoglobulinas, antagonista del receptor de trombopoyetina); Y 2) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O de 30,000 a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factor(es) de riesgo de hemorragia (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad de úlcera péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para la ITP (continuación): 1) la respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado debe cumplir con UNO de los siguientes requisitos: 1) el recuento actual de plaquetas es menor o igual a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es mayor a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl y la dosificación se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes. 18 años de edad o más
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 12 semanas; continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TAVNEOS
<b>Nombres de medicamentos</b>	TAVNEOS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la continuación del tratamiento de la vasculitis asociada con un autoanticuerpo citoplásmico antineutrófilo (anti-neutrophil cytoplasmic autoantibody, ANCA) grave: el paciente ha experimentado un beneficio del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TAZAROTENO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TAZAROTENO, TAZORAC
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas, el paciente cumple con los siguientes criterios: 1) tiene menos o igual al 20 por ciento de la superficie corporal afectada (BSA); Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un corticoesteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de corticoesteroides tópicos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TAZVERIK
<b>Nombres de medicamentos</b>	TAZVERIK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	Sarcoma epitelioides: 16 años o más; linfoma folicular: 18 años o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	TECENTRIQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	TECENTRIQ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Mantenimiento con fármaco único para el cáncer de pulmón de células pequeñas extenso después del tratamiento combinado con etopósido y carboplatino; tratamiento posterior para mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de la túnica vaginal del testículo; carcinoma urotelial; cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) en estadio IIIB; carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino (small cell neuroendocrine carcinoma of the cervical, NECC) crónico, recurrente o metastásico.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; O 2) el paciente tiene una enfermedad en estadio II a IIIB Y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la extirpación del tumor. En el caso de un carcinoma hepatocelular, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TECFIDERA
<b>Nombres de medicamentos</b>	DIMETHYL FUMARATE, DIMETHYL FUMARATE STARTER, TECFIDERA, TECFIDERA STARTER PACK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TECVAYLI
<b>Nombres de medicamentos</b>	TECVAYLI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TEGSEDI
<b>Nombres de medicamentos</b>	TEGSEDI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por transtirretina (TTR), tratamiento inicial: El paciente resulta positivo para una mutación del gen TTR y muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., depósitos de amiloide en muestras de biopsia, variantes proteicas de TTR en suero, polineuropatía sensorial-motora periférica progresiva). Para polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por TTR, continuación: El paciente demuestra una respuesta favorable al tratamiento (p. ej., mejora de la gravedad de la neuropatía y la tasa de evolución de la enfermedad).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TEMAZEPAM
<b>Nombres de medicamentos</b>	RESTORIL, TEMAZEPAM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión); Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a la doxepina (3 mg o 6 mg).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.

<b>Grupo de autorización previa</b>	TEPEZZA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TEPEZZA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	TEPMETKO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TEPMETKO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recidivante, NSCLC con intensificación de transición epitelial mesenquimatosa (mesenchymal-epithelial transition, MET) de alto nivel, cáncer del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) incluyendo metástasis cerebrales y leptomeníngicas por NSCLC positivo con mutación del exón 14 de MET
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, avanzado o metastásico: El tumor es positivo para la mutación de omisión del exón 14 de la transición epitelial mesenquimatosa (MET).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	COMPRIMIDOS TERBINAFINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORHIDRATO DE TERBINAFINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la onicomicosis debido a dermatofitos (tiña ungueal), el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) el paciente usará el medicamento solicitado por vía oral, Y 2) el medicamento solicitado se receta para uso no continuo.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	12 semanas
<b>Otros criterios</b>	La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.

<b>Grupo de autorización previa</b>	TERIPARATIDA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TERIPARATIDA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	<p>Para la osteoporosis posmenopáusica: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura por debilidad O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) previa al tratamiento Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) Indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, debilidad, terapia con glucocorticoides, calificaciones T muy bajas o un mayor riesgo de caídas), O b) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo con una terapia inyectable previa para la osteoporosis o es intolerante a esta O c) el paciente ha tenido un ensayo de bisphosphonate por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral. Para la osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura osteoporótica vertebral o de cadera O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX previo al tratamiento Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo con una terapia inyectable previa para la osteoporosis o es intolerante a esta O b) el paciente ha tenido un ensayo de bisphosphonate por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral. Para la osteoporosis inducida por glucocorticoides: el paciente ha tenido una prueba de 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 cumpla con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por debilidad, O 2) la puntuación T previa al tratamiento es inferior o igual a -2.5, O 3) la puntuación T previa al tratamiento es superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX previa al tratamiento.</p>
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 24 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Continuación del tratamiento: Si el paciente recibió 24 meses o más de tratamiento con cualquier hormona paratiroidea analógica: 1) El paciente sigue o volvió a tener un alto riesgo de fractura; Y 2) el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. El paciente tiene una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX si la probabilidad de 10 años es superior o igual al 20% para cualquier fractura osteoporótica significativa o superior o igual al 3% para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente a la prednisona) por día, la estimación de la calificación de riesgo calculada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para la fractura osteoporótica principal y por 1.2 para la fractura de cadera.

<b>Grupo de autorización previa</b>	INYECCIÓN DE CIPIONATO DE TESTOSTERONA
<b>Nombres de medicamentos</b>	DEPO-TESTOSTERONA, CIPIONATO DE TESTOSTERONA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Disforia de género
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: El paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	INYECCIÓN DE ENANTATO DE TESTOSTERONA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ENANTATO DE TESTOSTERONA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Disforia de género
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: El paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan

<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TETRABENAZINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TETRABENAZINA, XENAZINE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Trastornos de tics, discinesia tardía, hemibalismo, corea no asociada a la enfermedad de Huntington.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la discinesia tardía y el tratamiento de la corea asociada a la enfermedad de Huntington: El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o un acontecimiento adverso intolerable a deutetrabenazina.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TETRACYCLINE TAB
<b>Nombres de medicamentos</b>	TETRACYCLINE HYDROCHLORID
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado un evento adverso intolerable a las cápsulas de tetraciclina causado por un ingrediente inactivo que no está contenido en el medicamento solicitado.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TEZSPIRE
<b>Nombres de medicamentos</b>	TEZSPIRE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para asma grave, tratamiento inicial: El paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con las dos medicaciones a continuación: 1) corticoesteroide inhalado de dosis media a alta, 2) control adicional (es decir, agonistas beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. Para asma grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción en la frecuencia o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral.
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	THALOMID
<b>Nombres de medicamentos</b>	THALOMID
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Anemia asociada a la 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
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	TIBSOVO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TIBSOVO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Condrosarcoma convencional (grados 1 a 3) o desdiferenciado; tipos de cáncer del sistema nervioso central (SNC) (astrocitoma, oligodendroglioma)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente tiene una enfermedad con una mutación de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1) susceptible. Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el paciente tiene una AML de diagnóstico reciente y cumple con uno de los siguientes requisitos: a) tiene 75 años o más, b) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la inducción después de la respuesta a la terapia de inducción con el medicamento solicitado O 3) el paciente tiene una enfermedad mieloide recidivante o resistente. Para el colangiocarcinoma localmente avanzado, irresecable, resecado, macroscópico residual o metastásico: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la evolución durante o después del tratamiento sistémico. Para los tipos de cáncer del SNC: 1) la enfermedad es recurrente o progresiva; Y 2) el paciente tiene oligodendroglioma o astrocitoma.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TIGLUTIK
<b>Nombres de medicamentos</b>	TEGLUTIK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la esclerosis lateral amiotrófica (ELA): 1) El paciente requiere la administración del medicamento solicitado a través de una sonda de gastrostomía percutánea desnivelada (tubo PEG); O 2) tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	TIVDAK
<b>Nombres de medicamentos</b>	TIVDAK
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TLANDO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TLANDO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Disforia de género
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: El paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TOBI INHALADOR
<b>Nombres de medicamentos</b>	TOBI PODHALER
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Bronquiectasia por fibrosis no quística
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la fibrosis quística y la bronquiectasia por fibrosis no quística: 1) La Pseudomonas aeruginosa está presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente; O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por Pseudomonas aeruginosa en las vías respiratorias.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TOBRAMICINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	BETHKIS, KITABIS PAQUETE, TOBI, TOBRAMICINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Bronquiectasia por fibrosis no quística
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la fibrosis quística y la bronquiectasia por fibrosis no quística: 1) La Pseudomonas aeruginosa está presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente; O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por Pseudomonas aeruginosa en las vías respiratorias.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	TOBRAMYCIN INJ
<b>Nombres de medicamentos</b>	TOBRAMYCIN SULFATE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente usará el medicamento solicitado por vía intramuscular o intravenosa.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TOFIDENCE
<b>Nombres de medicamentos</b>	TOFIDENCE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Enfermedad de Castleman, enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción prolongada). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción prolongada). Para la arteritis de células gigantes (giant cell arteritis, GCA) y la artritis idiopática juvenil sistémica (systemic juvenile idiopathic arthritis, sJIA) (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado un evento adverso intolerable a Tyenne (tocilizumab-aazg) y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información del prospecto.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TOLSURA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TOLSURA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	DOXEPIN TÓPICO
<b>Nombres de medicamentos</b>	DOXEPIN HYDROCHLORIDE, PRUDOXIN, ZONALON
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un corticoesteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	LIDOCAÍNA TÓPICA
<b>Nombres de medicamentos</b>	GLYDO, LIDOCAINE, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE, PLIAGLIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	1) El medicamento solicitado se utiliza para anestesia tópica; Y 2) si se utilizará como parte de un producto compuesto, todos los principios activos del producto compuesto están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para uso tópico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	3 meses
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	METRONIDAZOL TÓPICO
<b>Nombres de medicamentos</b>	METROCREAM, METROGEL, METROLOTION
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TACROLIMUS TÓPICO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TACROLIMUS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Psoriasis en la cara, los genitales o los dobleces de la piel.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la dermatitis atópica (eczema) de moderada a grave: el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o dobleces de la piel); O 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un fármaco terapéutico de primera línea (p. ej., corticoesteroide tópico de potencia media o alta). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se receta para el uso crónico a corto plazo o no continuo.
<b>Restricciones de edad</b>	Tacrolimus 0.03% 2 años de edad o más, tacrolimus 0.1% 16 años de edad o más.
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TESTOSTERONAS TÓPICAS
<b>Nombres de medicamentos</b>	BOMBA DE ANDROGEL, TESTIM, TESTOSTERONA, BOMBA DE TESTOSTERONA, VOGELXO, BOMBA DE VOGELXO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Disforia de género
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: El paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TRETINOÍNA TÓPICA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALTRENO, ATRALINA, FOSFATO/TRE DE CLINDAMICINA, RETIN-A, RETIN-A MICRO, BOMBA DE RETIN-A MICRO, TRETINOÍNA, MICROESFERA DE TRETINOÍNA, TWYNEO, VELTIN, ZIANA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TOREMIFENO
<b>Nombres de medicamentos</b>	FARESTON, CITRATO DE TOREMIFENO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Alargamiento congénito/adquirido del intervalo QT (síndrome de QT largo), hipopotasemia no corregida o hipomagnesemia no corregida.
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TRAZIMERA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TRAZIMERA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF, y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación 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 positiva para HER2 y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con carboplatino y paclitaxel, y 2) continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

<b>Grupo de autorización previa</b>	TRELSTAR
<b>Nombres de medicamentos</b>	TRELSTAR MIXJECT
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Disforia de género, inhibición ovárica en el cáncer de mama
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la disforia de género, el paciente cumple con UNO de los siguientes criterios: 1) el medicamento solicitado se utiliza para inhibir la pubertad y el paciente se encuentra en la etapa 2 o superior de Tanner; O 2) el paciente está experimentando una transición de género y recibirá el medicamento solicitado de forma simultánea con hormonas que afirman el género. Para el cáncer de mama, la paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) el medicamento solicitado se utiliza para la inhibición ovárica en pacientes premenopáusicas; y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un tratamiento endócrino; y 3) la enfermedad es positiva para receptor hormonal; y 4) la enfermedad tiene un mayor riesgo de recurrencia (p. ej., edad joven, tumor de alto grado, compromiso de ganglios linfáticos).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TREMFYA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TREMFYA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (de inicio nuevo): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas]).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	INYECCIÓN DE TREPROSTINIL
<b>Nombres de medicamentos</b>	REMODULIN, TREPROSTINIL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para inicio reciente únicamente: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	TRIENTINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	SYPRINE, CLORHIDRATO DE TRIENTINA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TRIKAFTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TRIKAFTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TRINTELLIX
<b>Nombres de medicamentos</b>	TRINTELLIX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para UNO de los siguientes productos genéricos: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI), mirtazapina o bupropión.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TRODELVY
<b>Nombres de medicamentos</b>	TRODELVY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma urotelial, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior de cualquiera de los siguientes: 1) carcinoma urotelial localmente avanzado, recidivante o metastásico O 2) carcinoma urotelial de vejiga en etapa II-IV, recidivante o crónico. Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior, Y 3) la paciente tiene cáncer de mama triple negativo, positivo para el receptor hormonal (HR) y negativo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TROKENDI XR
<b>Nombres de medicamentos</b>	TOPIRAMATE ER, TROKENDI XR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri (si tiene 18 años o más), Spritam. Para el tratamiento en monoterapia de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de topiramate de absorción rápida. Para el tratamiento adyuvante de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) si el paciente tiene 6 años o más, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam. Para el tratamiento preventivo de la migraña: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de topiramate de absorción rápida.
<b>Restricciones de edad</b>	Epilepsia: 6 años o más; migraña: 12 años o más
<b>Restricciones de persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TRUDHESA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TRUDHESA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Se denegará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
<b>Información médica requerida</b>	El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TRULICITY
<b>Nombres de medicamentos</b>	TRULICITY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	Para el control glucémico en la diabetes mellitus tipo 2: 10 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TRUQAP
<b>Nombres de medicamentos</b>	TRUQAP
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	TRUXIMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TRUXIMA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Los subtipos de linfomas que no son de Hodgkin [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfoma de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extraganglionar de la zona extranodal), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, la transformación histológica de los linfomas indolentes para deslumbrar los linfomas de células B grandes, la transformación histológica de leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL a linfoma difundible de células B grandes, linfoma primario cutáneo de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tricoleucemia, trastorno linfáticoproliferativo posterior al trasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B]; púrpura trombocitopénica (ITP) inmunitaria o idiopática resistente, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), Síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave resistente, linfoma de Hodgkin (linfocitos nodulares predominantes), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLT relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma similar a Burkitt, linfoma mediastínico primario de células B grandes) y Leucemia aguda de células B maduras pediátrica
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX); O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) una respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) una respuesta insuficiente o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Las neoplasias hemáticas deben ser positivas para CD20. Para la esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recidivante; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta insuficiente a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad indicados para la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario: 3 meses; todas las demás: Año del plan

<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TUKYSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TUKYSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) el paciente tiene enfermedad avanzada, irresecable o metastásica; Y 2) tiene enfermedad positiva para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); Y 3) tiene enfermedad sin mutaciones 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.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TURALIO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TURALIO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la histiocitosis de células de Langerhans: 1) la enfermedad tiene una mutación del receptor del factor estimulante de colonias 1 (colony stimulating factor 1 receptor, CSF1R). Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la enfermedad de Rosai-Dorfman: 1) la enfermedad tiene mutación CSF1R Y el paciente tiene cualquiera de los siguientes: a) enfermedad sintomática O b) enfermedad recidivante/resistente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TYENNE
<b>Nombres de medicamentos</b>	TYENNE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Enfermedad de Castleman, enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis

	sistémica
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para metotrexato (MTX); O 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TYMLOS
<b>Nombres de medicamentos</b>	TYMLOS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la osteoporosis posmenopáusica: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura por debilidad; O 2) calificación T previa al tratamiento (pre-tx) inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) pre-tx, Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, debilidad, terapia con glucocorticoides, calificaciones T muy bajas o un mayor riesgo de caídas); O b) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo inyectable para la osteoporosis o es intolerante a este; O c) el paciente ha tenido un ensayo de bifosfonato por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bifosfonato oral. Para la osteoporosis en hombres: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura osteoporótica vertebral o de cadera; O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX pre-tx, Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo inyectable para la osteoporosis o es intolerante a este; O b) el paciente ha tenido un ensayo de bifosfonato por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bifosfonato oral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Total de por vida de 24 meses para fármacos análogos de la hormona paratiroidea

<b>Otros criterios</b>	El paciente tiene una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (FRAX) si la probabilidad de 10 años es superior o igual al 20% para cualquier fractura osteoporótica significativa o superior o igual al 3% para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente a la prednisona) por día, la estimación de la calificación de riesgo calculada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para la fractura osteoporótica principal y por 1.2 para la fractura de cadera.
<b>Grupo de autorización previa</b>	TYRVAYA
<b>Nombres de medicamentos</b>	TYRVAYA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para los signos y síntomas de la enfermedad queratoconjuntivitis seca: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Restasis (cyclosporine emulsión al 0.05 por ciento), Xiidra (lifitegrast), Miebo (perfluorohexyloctane).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TYSABRI
<b>Nombres de medicamentos</b>	TYSABRI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Crohn activa de moderada a grave (inicio nuevo únicamente): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos una opción de terapia convencional (p. ej., corticoesteroides) Y un inhibidor del factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor, TNF) indicado para la enfermedad de Crohn.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TYVASO
<b>Nombres de medicamentos</b>	TYVASO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-



<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) o la hipertensión pulmonar asociada con la enfermedad pulmonar intersticial (grupo 3 de la OMS): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; 2) presión de enclavamiento pulmonar capilar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

<b>Grupo de autorización previa</b>	TYVASO DPI
<b>Nombres de medicamentos</b>	KIT DE MANTENIMIENTO DE TYVASO DPI, KIT DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TYVASO DPI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) o la hipertensión pulmonar asociada con la enfermedad pulmonar intersticial (grupo 3 de la OMS): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; 2) presión de enclavamiento pulmonar capilar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	TZIELD
<b>Nombres de medicamentos</b>	TZIELD
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el retardo de la diabetes tipo 1 (type 1 diabetes, T1D) en etapa 3: 1) El paciente tiene un diagnóstico de T1D en etapa 2 que se confirmó mediante ambos de los siguientes: a) al menos dos autoanticuerpos positivos de células de islotes de inóculos; Y b) disglucemia sin hiperglucemia manifiesta mediante el uso de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (oral glucose tolerance test, OGTT) o un método alternativo, si corresponde; Y 2) los antecedentes clínicos del paciente no sugieren diabetes de tipo 2.
<b>Restricciones de edad</b>	8 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	UBRELVY
<b>Nombres de medicamentos</b>	UBRELVY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento agudo de las migrañas: El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	UCERIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	BUDESONIDA ER, UCERIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la inducción de la remisión de la colitis ulcerosa activa de leve a moderada: el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un tratamiento con ácido 5-aminosalicílico (5-ASA).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	2 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	UDENYCA
<b>Nombres de medicamentos</b>	UDENYCA, UDENYCA ONBODY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 con ambos criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ULTOMIRIS
<b>Nombres de medicamentos</b>	ULTOMIRIS
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (paroxysmal nocturnal hemoglobinuria, PNH), inicial: 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una insuficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (glycosylphosphatidylinositol-anchored proteins, GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la insuficiencia de GPI-AP. Para la PNH, continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el síndrome urémico hemolítico atípico (atypical hemolytic uremic syndrome, aHUS), inicial: La enfermedad no es causada por la Escherichia coli productora de la toxina Shiga. Para el aHUS, continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para la miastenia grave generalizada (generalized myasthenia gravis, gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual, Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	UPLIZNA
<b>Nombres de medicamentos</b>	UPLIZNA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	UPTRAVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	UPTRAVI, PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE UPTRAVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para inicio reciente únicamente: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	V-GO
<b>Nombres de medicamentos</b>	V-GO 20, V-GO 30, V-GO 40
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Inicial: 1) El paciente tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) se autodiagnostica los niveles de glucosa 4 o más veces al día O está utilizando un monitor de glucosa continuo; Y 3) experimentó cualquiera de los siguientes síntomas con el régimen actual para la diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, fluctuaciones amplias en la glucosa en sangre, fenómeno del amanecer con hiperglucemia grave persistente a primera hora de la mañana, oscilaciones glucémicas graves.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VABYSMO
<b>Nombres de medicamentos</b>	VABYSMO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos

<b><i>Duración de la cobertura</i></b>	Año del plan
<b><i>Otros criterios</i></b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b><i>Grupo de autorización previa</i></b>	VALCHLOR
<b><i>Nombres de medicamentos</i></b>	VALCHLOR
<b><i>Indicador de indicación de PA</i></b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b><i>Usos no aprobados</i></b>	Lleucemia/linfoma de linfocitos T crónica o latente en adultos (ATLL); micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS) en etapa 2 o superior; linfoma de zona marginal cutánea primaria; linfoma de centro folicular cutáneo primario; papulosis linfomatoide (LyP) positiva para CD30; histiocitosis de células de Langerhans (Langerhans cell histiocytosis, LCH) unifocales con enfermedad de la piel aislada.
<b><i>Criterios de exclusión</i></b>	-
<b><i>Información médica requerida</i></b>	-
<b><i>Restricciones de edad</i></b>	-
<b><i>Restricciones de la persona que receta</i></b>	-
<b><i>Duración de la cobertura</i></b>	Año del plan
<b><i>Otros criterios</i></b>	-
<b><i>Grupo de autorización previa</i></b>	VANFLYTA
<b><i>Nombres de medicamentos</i></b>	VANFLYTA
<b><i>Indicador de indicación de PA</i></b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b><i>Usos no aprobados</i></b>	Leucemia mieloide aguda recidivante o resistente
<b><i>Criterios de exclusión</i></b>	-
<b><i>Información médica requerida</i></b>	Para la leucemia mieloide aguda (AML): La AML es positiva para la duplicación interna en tándem (internal tandem duplication, ITD) de la tiranosina cinasa 3 similar a la FMS (FLT3).
<b><i>Restricciones de edad</i></b>	-
<b><i>Restricciones de la persona que receta</i></b>	-
<b><i>Duración de la cobertura</i></b>	Año del plan
<b><i>Otros criterios</i></b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	VEGZELMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	VEGZELMA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Adenocarcinoma ampoloso, adenocarcinoma apendicular, cáncer de mama, cánceres del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) (incluidos los gliomas pediátricos de alto grado difusos), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal del testículo, sarcomas de tejido blando, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, cánceres de vulva, adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos relacionados con lo oftálmico: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluida la coroidopatía polipoidal y los subtipos de proliferación angiomasos retinianos, edema macular después de la oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía de la prematuridad.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todas las indicaciones, excepto los trastornos relacionados con lo oftálmico: El paciente tuvo un acontecimiento adverso intolerable a Zirabev, y ese acontecimiento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información para prescribir.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	VELCADE
<b>Nombres de medicamentos</b>	BORTEZOMIB, VELCADE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Amiloidosis sistémica de cadena ligera; macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico; enfermedad de Castleman multicéntrica; leucemia/linfoma de linfocitos T adultos; leucemia linfocítica aguda; sarcoma de Kaposi; linfoma de Hodgkin clásico pediátrico; síndrome de POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan

<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	VELSIPITY
<b>Nombres de medicamentos</b>	VELSIPITY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VEMLIDY
<b>Nombres de medicamentos</b>	VEMLIDY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la infección crónica por el virus de la hepatitis B (de inicio nuevo únicamente): 1) el paciente tiene enfermedad hepática compensada, Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) ha experimentado una respuesta virológica inadecuada o un evento adverso intolerable al tenofovir disoproxil fumarate, O b) tiene pérdida ósea y defectos de mineralización o está en riesgo de pérdida ósea y defectos de mineralización (por ejemplo, antecedentes de fracturas por debilidad, edad avanzada, debilidad, uso crónico de glucocorticoides, puntajes T bajos o aumento del riesgo de caídas).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	VENCLEXTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL DE VENCLEXTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Linfoma de células del manto; neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blástica (blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm, BPDCN); mieloma múltiple; leucemia mieloide aguda (AML) recidivante o resistente; macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico; amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante o resistente con translocación t(11:14); neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica; leucemia linfoblástica aguda de linfocitos B/leucemia linfoblástica aguda de linfocitos T (B-ALL/T-ALL), tricoleucemia
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el paciente tiene AML de diagnóstico reciente y cumple con uno de los siguientes requisitos: a) tiene 75 años o más; b) tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva; O 2) tiene una enfermedad de riesgo malo/adverso y es candidato para tratamiento de inducción intensiva; O 3) tiene AML recidivante o resistente. Para la neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blástica (BPDCN): 1) el paciente tiene una enfermedad sistémica que se trata con intención paliativa, O 2) tiene una enfermedad recidivante o resistente. Para el mieloma múltiple: 1) la enfermedad es recidivante o progresiva; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dexametasona; Y 3) el paciente tiene traslocación t(11:14). Para macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico: 1) el paciente ha tratado previamente una enfermedad que no respondió al tratamiento primario, O 2) tiene una enfermedad progresiva o recidivante.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VEOZAH
<b>Nombres de medicamentos</b>	VEOZAH
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	VERQUVO
<b>Nombres de medicamentos</b>	VERQUVO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la insuficiencia cardíaca crónica sintomática: el paciente tiene una fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (left ventricular ejection fraction, LVEF) inferior al 45 por ciento. Para el tratamiento inicial, el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 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.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VERSACLOZ
<b>Nombres de medicamentos</b>	VERSACLOZ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de un paciente enfermo con esquizofrenia grave que no respondió adecuadamente al tratamiento antipsicótico de referencia (es decir, esquizofrenia resistente al tratamiento): 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Rexulti, Secuado, Vraylar.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	VERZENIO
<b>Nombres de medicamentos</b>	VERZENIO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de mama recurrente positivo para receptor hormonal (RH) y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (human epidermal growth factor receptor 2, HER2) en combinación con fulvestrant o un inhibidor de la aromatasa, o como fármaco único si hay evolución con tratamiento endócrino previo y quimioterapia previa en el entorno de la enfermedad metastásica. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozol para tumor positivo para receptores de estrógeno.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VEVYE
<b>Nombres de medicamentos</b>	VEVYE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para los signos y síntomas de la queratoconjuntivitis seca (DED): 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la Restasis (emulsión de cyclosporine al 0.05 por ciento) Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos: Xiidra (lifitegrast), Miebo (perfluorohexyloctane).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VIBERZI
<b>Nombres de medicamentos</b>	VIBERZI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-

<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VICTOZA
<b>Nombres de medicamentos</b>	LIRAGLUTIDA, VICTOZA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	Para el control glucémico en la diabetes mellitus tipo 2: 10 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VIGABATRINA
<b>Nombres de medicamentos</b>	SABRIL, VIGABATRINA, VIGADRONA, VIGPODER
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones con conciencia de deterioro focal): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con al menos dos medicamentos antiepilépticos para convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones con conciencia de deterioro focal).
<b>Restricciones de edad</b>	Espasmos infantiles: de 1 mes a 2 años de edad. Convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones con conciencia de deterioro focal): 2 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VIGAFYDE
<b>Nombres de medicamentos</b>	VIGAFYDE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	Espasmos infantiles: de 1 mes a 2 años de edad
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	VIJOICE
<b>Nombres de medicamentos</b>	VIJOICE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	2 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VIMIZIM
<b>Nombres de medicamentos</b>	VIMIZIM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la mucopolisacaridosis de tipo IVA (MPS IVA, síndrome de Morquio A): El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 6-sulfatasa o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VITRAKVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	VITRAKVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Tumores sólidos positivos para la fusión del gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (neurotrophic tyrosine receptor kinase, NTRK) no metastásicos, tratamiento de primera línea de los tumores sólidos positivos para la fusión del gen NTRK.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para todos los tumores sólidos positivos para la fusión del gen receptor de tirosina cinasa (NTRK) neurotrófico, la enfermedad no tiene una mutación de resistencia adquirida conocida.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	VIVJOA
<b>Nombres de medicamentos</b>	VIVJOA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	La paciente tiene capacidad reproductiva.
<b>Información médica requerida</b>	Para reducir la incidencia de candidosis vulvovaginal recurrente (recurrent vulvovaginal candidiasis, RVVC) en una paciente con antecedentes de RVVC: 1) La paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al fluconazol; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará por vía oral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	12 semanas
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VIZIMPRO
<b>Nombres de medicamentos</b>	VIZIMPRO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recurrente
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VONJO
<b>Nombres de medicamentos</b>	VONJO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	VORICONAZOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	VFEND, VFEND IV, VORICONAZOL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente usará el medicamento solicitado por vía oral o intravenosa.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VOSEVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	VOSEVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh)
<b>Información médica requerida</b>	Para la hepatitis C: Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento previsto, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh]), presencia o ausencia de coinfección por el VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas con la resistencia cuando corresponda, estado del trasplante, si corresponde. Las afecciones de la cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas actuales de tratamiento de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Estadounidense para Enfermedades Infecciosas (American Association for the Study of Liver Diseases and Infectious Diseases Society of America, AASLD-IDSA).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA.
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	VOTRIENT
<b>Nombres de medicamentos</b>	CLORHIDRATO DE PAZOPANIB, VOTRIENTE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Carcinoma tiroideo (folicular, papilar, oncocítico o medular), sarcoma uterino, condrosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma de células renales: 1) la enfermedad está avanzada, es recidivante o está en estadio IV; O 2) el medicamento solicitado se utilizará para el carcinoma de células renales Von Hippel-Lindau (VHL). Para el tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente o metastásica, o presenta rotura tumoral; Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes. a) la enfermedad evolucionó después de usar al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib); b) la enfermedad tiene un GIST que presenta insuficiencia de succinato deshidrogenasa (SDH). Para el sarcoma de tejido blando (soft tissue sarcoma, STS): el paciente no tiene un sarcoma adipocítico de tejido blando.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VOWST
<b>Nombres de medicamentos</b>	VOWST
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la prevención de la recurrencia de la infección por Clostridioides difficile (CDI): 1) El diagnóstico de CDI se confirmó mediante una prueba de heces positiva para la toxina 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.
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	VOXZOGO
<b>Nombres de medicamentos</b>	VOXZOGO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la acondroplasia con epífisis abiertas, inicial: El diagnóstico se confirma mediante cualquiera de los siguientes: 1) hallazgos radiológicos de características compatibles con la enfermedad O 2) pruebas genéticas. Para la acondroplasia con epífisis abiertas, continuación del tratamiento: El paciente experimenta una mejora.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un endocrinólogo, genetista, neurólogo o especialista en displasia esquelética, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VOYDEYA
<b>Nombres de medicamentos</b>	VOYDEYA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) el diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una insuficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (deficiency of glycosylphosphatidylinositol-anchored proteins, GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la insuficiencia de GPI-AP; Y 3) el medicamento solicitado se usa como tratamiento de mantenimiento con ravulizumab o eculizumab para tratar la hemólisis extravascular (EVH). Para la PNH (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	VPRIV
<b>Nombres de medicamentos</b>	VPRIV
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la enfermedad de Gaucher de tipo 1: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VTAMA
<b>Nombres de medicamentos</b>	VTAMA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la psoriasis en placas: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un corticoesteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría probar con corticoesteroides tópicos.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VUMERITY
<b>Nombres de medicamentos</b>	VUMERITY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	VYEPTI
<b>Nombres de medicamentos</b>	VYEPTI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba durante 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría probar durante 4 semanas cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes 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 de los días con migraña al mes con respecto al inicio.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VYNDAMAX
<b>Nombres de medicamentos</b>	VYNDAMAX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la cardiomiopatía de amiloidosis hereditaria o sin mutaciones mediada por transtiretina (ATTR-CM): Inicio: 1) el paciente muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico); Y 2) la afección cardíaca se confirmó mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal inter ventricular diastólica terminal que supere los 12 milímetros); Y 3) el paciente cumple con uno de los siguientes requisitos: a) si la solicitud es para una ATTR-CM hereditaria, el paciente es positivo para una mutación del gen de transtiretina (TTR); b) si la solicitud es para ATTR-CM sin mutación, el paciente tiene proteínas transtiretina confirmadas por pruebas. Continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	VYNDAQEL
<b>Nombres de medicamentos</b>	VYNDAQEL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la cardiomiopatía de amiloidosis hereditaria o sin mutaciones mediada por transtiretina (ATTR-CM): Inicio: 1) el paciente muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico); Y 2) la afección cardíaca se confirmó mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal inter ventricular diastólica terminal que supere los 12 milímetros); Y 3) el paciente cumple con uno de los siguientes requisitos: a) si la solicitud es para una ATTR-CM hereditaria, el paciente es positivo para una mutación del gen de transtiretina (TTR); b) si la solicitud es para ATTR-CM sin mutación, el paciente tiene proteínas transtiretina confirmadas por pruebas. Continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VYVANSE
<b>Nombres de medicamentos</b>	DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA, VYVANSE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o el trastorno por déficit de atención (TDA): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un medicamento genérico estimulante del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	VYVGART
<b>Nombres de medicamentos</b>	VYVGART
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la miastenia grave generalizada (generalized myasthenia gravis, gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	VYVGART HYTRULO
<b>Nombres de medicamentos</b>	VYVGART HYTRULO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la miastenia grave generalizada (generalized myasthenia gravis, gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Miastenia grave, inicial: 6 meses; todas las demás indicaciones: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	WAINUA
<b>Nombres de medicamentos</b>	WAINUA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por transtirretina (TTR), tratamiento inicial: El paciente resulta positivo para una mutación del gen TTR y muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., depósitos de amiloide en muestras de biopsia, variantes proteicas de TTR en suero, polineuropatía sensorial-motora periférica progresiva). Para polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por TTR, continuación: El paciente demuestra una respuesta favorable al tratamiento (p. ej., mejora de la gravedad de la neuropatía y la tasa de evolución de la enfermedad).

<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	WAKIX
<b>Nombres de medicamentos</b>	WAKIX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: 1) El diagnóstico se confirmó mediante una evaluación de análisis de laboratorio del sueño; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del SNC (p. ej., armodafinil, modafinil), O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos que estimulan la vigilia del SNC (p. ej., armodafinil, modafinil). Para el tratamiento de cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Para la continuación del tratamiento: El paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	WELIREG
<b>Nombres de medicamentos</b>	WELIREG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	WINLEVI
<b>Nombres de medicamentos</b>	WINLEVI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación a un producto genérico para el acné (p. ej., clindamicina tópica, eritromicina tópica, retinoides tópicos u isotretinoína oral).
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	WINREVAIR
<b>Nombres de medicamentos</b>	WINREVAIR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para pacientes con PAH solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	XALKORI
<b>Nombres de medicamentos</b>	XALKORI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente; NSCLC con mutación por omisión del exón 14 de MET o con aumento de MET; enfermedad de Erdheim-Cheste positiva para la fusión de la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK) sintomática o recidivante/resistente; enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/resistente positiva para la fusión de ALK; histiocitosis de células de Langerhans positiva para la fusión ALK, melanoma cutáneo metastásico o irreseccable positivo para la fusión del gen ROS1.
<b>Criterios de exclusión</b>	-

**Información médica requerida** Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes casos: 1) el paciente tiene NSCLC positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK) recidivante, avanzado o metastásico; Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib); O 3) el paciente tiene NSCLC positivo para ROS-1 recurrente, avanzado o metastásico; O 4) tiene NSCLC con un aumento de alto nivel de MET o una mutación de omisión del exón 14 de MET. Para el tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT), la enfermedad es positiva para ALK. En el caso del linfoma de células grandes anaplásicas (anaplastic large cell lymphoma, ALCL): 1) la enfermedad es recidivante o resistente Y 2) es positiva para ALK.

**Restricciones de edad** -

**Restricciones de la persona que receta** -

**Duración de la cobertura** Año del plan

**Otros criterios** -

**Grupo de autorización previa** XDEMVY

**Nombres de medicamentos** XDEMVY

**Indicador de indicación de PA** Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

**Usos no aprobados** -

**Criterios de exclusión** -

**Información médica requerida** -

**Restricciones de edad** -

**Restricciones de la persona que receta** -

**Duración de la cobertura** Año del plan

**Otros criterios** -

**Grupo de autorización previa** XELJANZ

**Nombres de medicamentos** XELJANZ, XELJANZ XR

**Indicador de indicación de PA** Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

**Usos no aprobados** -

**Criterios de exclusión** -



**Información médica requerida** Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor, TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la artritis psoriásica activa (solo de inicio nuevo): 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]); Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) no biológico. Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la colitis ulcerosa de moderada a gravemente activa (inicios nuevos únicamente): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para el curso de la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]).

**Restricciones de edad** -  
**Restricciones de la persona que receta** -  
**Duración de la cobertura** Año del plan  
**Otros criterios** -

**Grupo de autorización previa** XEMBIFY  
**Nombres de medicamentos** XEMBIFY  
**Indicador de indicación de PA** Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  
**Usos no aprobados** -  
**Criterios de exclusión** -  
**Información médica requerida** -  
**Restricciones de edad** -  
**Restricciones de la persona que receta** -  
**Duración de la cobertura** Año del plan  
**Otros criterios** La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

**Grupo de autorización previa** XENPOZYME

<b>Nombres de medicamentos</b>	XENPOZYME
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la insuficiencia de esfingomielinasa ácida (acid sphingomyelinase deficiency, ASMD): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima esfingomielinasa ácida (ASM) o mediante pruebas genéticas.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	XEOMIN
<b>Nombres de medicamentos</b>	XEOMIN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	Uso cosmético
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	XERMELO
<b>Nombres de medicamentos</b>	XERMELO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	XGEVA
<b>Nombres de medicamentos</b>	XGEVA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la hipercalcemia o neoplasia maligna: la afección es resistente al tratamiento con bifosfonatos intravenosos (IV) o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con bifosfonatos IV.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	XHANCE
<b>Nombres de medicamentos</b>	XHANCE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	18 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	XIFAXAN
<b>Nombres de medicamentos</b>	XIFAXAN
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (small intestinal bacterial overgrowth syndrome, SIBO)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el síndrome de intestino irritable con diarrea (irritable bowel syndrome with diarrhea, IBS-D): 1) El paciente no ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado; O 2) ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado; Y a) está experimentando una recurrencia de los síntomas; Y b) aún no ha recibido un tratamiento inicial de 14 días y dos tratamientos adicionales de 14 días con el medicamento solicitado. Para el crecimiento excesivo bacteriano del intestino delgado (SIBO): 1) el paciente está experimentando una recurrencia después de completar un tratamiento exitoso con el medicamento solicitado; O 2) el diagnóstico ha sido confirmado por uno de los siguientes: a) cultivo cuantitativo mediante aspirado del intestino superior; b) prueba de aliento (p. ej., prueba de aliento de hidrógeno de lactulosa o de hidrógeno de glucosa).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Reducción del riesgo de recurrencia manifiesta de la HE: 6 meses; IBS-D y SIBO: 14 días
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	XIPERE
<b>Nombres de medicamentos</b>	XIPERE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

<b>Grupo de autorización previa</b>	XOLAIR
<b>Nombres de medicamentos</b>	XOLAIR
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	<p>Para el asma persistente de moderada a grave, tratamiento inicial: 1) El paciente (pt) tiene un resultado positivo en la prueba cutánea (o análisis de sangre) para al menos un aeroalérgeno perenne; 2) el pt tiene un nivel inicial de inmunoglobulina E (IgE) superior o igual a 30 unidades internacionales por mililitro (UI/ml); Y 3) el pt tiene un control inadecuado del asma a pesar del tx actual con ambos de los siguientes medicamentos: a) corticoesteroide inhalado de dosis media a alta; Y b) control adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos.</p> <p>Para el asma persistente de 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 o gravedad de los síntomas (sx) y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral. Para la urticaria crónica espontánea (UCE), tx inicial: 1) El pt ha sido evaluado por otras causas de urticaria, incluidos el angioedema relacionado con la bradicinina y los síndromes urticariales IL-1-asociados (p. ej., trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial); 2) el pt ha experimentado una aparición espontánea de ronchas, o ambos, durante al menos 6 semanas; Y 3) el pt sigue siendo sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1. Para CSU, COT: El pt ha experimentado un beneficio (p. ej., mejoría en los síntomas) desde el inicio del tratamiento. Para la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (chronic rhinosinusitis with nasal polyps, CRSwNP): 1) El medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario; Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con Xhance (fluticasona). Para la alergia alimentaria mediada por IgE, tratamiento inicial: El paciente tiene un nivel inicial de IgE superior o igual a 30 UI/ml. Para la alergia alimentaria mediada por la IgE, COT: El paciente ha experimentado un beneficio como lo demuestra una disminución en la hipersensibilidad (p. ej., síntomas de la piel, respiratorios o gastrointestinales de moderados a graves) al alérgeno de los alimentos.</p>
<b>Restricciones de edad</b>	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
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial de la CSU: 6 meses; todos los demás: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	XOLREMDI
<b>Nombres de medicamentos</b>	XOLREMDI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el síndrome de WHIM (verrugas, hipogammaglobulinemia, infecciones y mielocatexis), inicial: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante pruebas para detectar mutaciones en el gen CXCR4; Y 2) el paciente presenta al menos una manifestación clínica de la enfermedad (como verrugas, hipogammaglobulinemia, infecciones, mielocatexis); Y 3) el paciente tiene un recuento bajo de neutrófilos confirmado según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales. Para el síndrome de WHIM, continuación: El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	12 años de edad o más.
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	XOSPATA
<b>Nombres de medicamentos</b>	XOSPATA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de FLT3
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y una reordenación de la tirosina cinasa 3 similar a la FMS (FMS-like tyrosine kinase 3, FLT3): la enfermedad está en fase crónica o en fase blástica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	XPOVIO
<b>Nombres de medicamentos</b>	XPOVIO, XPOVIO 60 MG DOS VECES A LA SEMANA, XPOVIO 80 MG DOS VECES A LA SEMANA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	La transformación histológica de los linfomas indolentes para difundir los linfomas de linfocitos B grandes, los linfomas de linfocitos B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los linfomas de linfocitos B de alto grado, los trastornos linfáticoproliferativos posteriores al trasplante
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para mieloma múltiple: El paciente debe haber recibido al menos un tratamiento previo. Para los linfomas de linfocitos B: El paciente debe haber sido tratado con al menos dos líneas de tratamiento sistémico.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	XTANDI
<b>Nombres de medicamentos</b>	XTANDI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración o el cáncer de próstata metastásico sensible a la castración: El medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	XYOSTED
<b>Nombres de medicamentos</b>	XYOSTED
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Disforia de género
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: El paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	XYREM
<b>Nombres de medicamentos</b>	OXIBATO SÓDICO, XYREM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: 1) El diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño; Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) si el paciente tiene 17 años o menos, experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento estimulante del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), O tiene una contraindicación que prohibiría probar fármacos estimulantes del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato); b) si el paciente tiene 18 años o más, experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría probar fármacos que estimulan el estado de vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para el tratamiento de cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Si la solicitud es para la continuación del tratamiento, el paciente ha experimentado una disminución de la somnolencia durante el día con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia.
<b>Restricciones de edad</b>	7 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	XYWAV
<b>Nombres de medicamentos</b>	XYWAV
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente (pt) con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: 1) El diagnóstico (dx) se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño; Y 2) el pt cumple con uno de los siguientes criterios: a) si el pt tiene 17 años o menos, experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento estimulante del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., amfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), O tiene una contraindicación que prohibiría probar fármacos estimulantes del SNC (p. ej., amfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato); b) si el pt tiene 18 años o más, experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría probar fármacos que estimulan el estado de vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para la hipersomnia idiopática, solicitud inicial, el diagnóstico ha sido confirmado por TODOS los siguientes: 1) El paciente ha experimentado interrupciones en el sueño o una necesidad irreprimible de dormir durante el día, a diario durante al menos 3 meses, Y 2) se confirma que no hay síndrome del sueño insuficiente, Y 3) no hay cataplexia, Y 4) menos de 2 períodos de movimiento ocular rápido de inicio del sueño (SOREMP) o ninguno, si la reducción rápida del movimiento ocular en un estudio del sueño durante la noche fue inferior o igual a 15 minutos, Y 5) el promedio de latencia del sueño de 8 minutos o menos en la prueba de latencia múltiple del sueño o el tiempo de sueño total de 24 horas es superior o igual a 11 horas, Y 6) otra afección (trastorno del sueño, trastorno médico o psiquiátrico, o el uso de medicamentos/fármacos) no explica mejor la hipersomnolencia y los resultados de las pruebas.
<b>Restricciones de edad</b>	Narcolepsia: 7 años o más; hipersomnia idiopática: 18 años o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	Para el tratamiento de cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Para la narcolepsia, continuación del tratamiento: El pt experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia. Para la hipersomnia idiopática, continuación del tratamiento: El pt experimentó una disminución de la somnolencia diurna con respecto al inicio.

<b>Grupo de autorización previa</b>	YCANTH
<b>Nombres de medicamentos</b>	YCANTH
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	2 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	YERVOY
<b>Nombres de medicamentos</b>	YERVOY
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	YONSA
<b>Nombres de medicamentos</b>	YONSA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin-releasing hormone, GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	YUPELRI
<b>Nombres de medicamentos</b>	YUPELRI
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: Symbicort (budesonide/formoterol), Advair Diskus (fluticasone/salmeterol), Breo Ellipta (fluticasone/vilanterol), Incrusse Ellipta (umeclidinium), Anoro Ellipta (umeclidinium/vilanterol), Bevespi (glycopyrrolate/formoterol), Serevent Diskus (salmeterol), Trelegy Ellipta (fluticasone/umeclidinium/vilanterol).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZALTRAP
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZALTRAP
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer colorrectal irresecable
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer colorrectal avanzado, irresecable o metastásico (incluido el adenocarcinoma apendicular): el medicamento solicitado se utilizará en combinación con FOLFIRI (fluorouracilo, leucovorina e irinotecán) o irinotecán.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ZARXIO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZARXIO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome hematopoyético del síndrome de radiación aguda
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 con ambos criterios a continuación: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide Y 2) el paciente ha recibido actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZAVZPRET
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZAVZPRET
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la migraña aguda: 1) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Nurtec ODT (rimegepant) O Ubrelvy (ubrogepant).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ZEJULA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZEJULA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Leiomiomasarcoma uterino
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el leiomiomasarcoma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea Y 2) la paciente tiene enfermedad con alteración de BRCA.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZELBORAF
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZELBORAF
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas, tricoleucemia, cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, glioblastoma, glioma pediátrico difuso de alto grado), tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con cobimetinib O se está utilizando para el tratamiento del glioma pediátrico difuso de alto grado. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único o en combinación con cobimetinib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irsecable, resecable limitada o metastásica; o b) tratamiento sistémico adyuvante. Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: El tumor es positivo para la mutación V600 del gen BRAF. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF, Y 2) el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ZEPOSIA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZEPOSIA, ZEPOSIA PAQUETE INICIAL DE 7 DÍAS, ZEPOSIA KIT INICIAL
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Stelara (ustekinumab), Velsipity (etrasimod), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZEPZELCA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZEPZELCA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células pequeñas recidivante, cáncer de pulmón de células pequeñas progresivo primario
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células pequeñas: el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único en uno de los siguientes casos: 1) la enfermedad fue recidivante después de una respuesta completa o parcial, o enfermedad estable con el tratamiento inicial; 2) el paciente tiene una enfermedad progresiva primaria; O 3) el paciente tiene una enfermedad metastásica después de la evolución de la enfermedad durante o después de la quimioterapia con platino.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ZIEXTENZO
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZIEXTENZO
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	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 con ambos criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	6 meses
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZILBRYSQ
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZILBRYSQ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para la miastenia grave generalizada (generalized myasthenia gravis, gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-



<b>Grupo de autorización previa</b>	ZIRABEV
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZIRABEV
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Adenocarcinoma ampolloso; adenocarcinoma apendicular; cáncer de mama; tipos de cáncer del sistema nervioso central (SNC) (incluidos los gliomas pediátricos difusos de alto grado); mesotelioma pleural; mesotelioma peritoneal; mesotelioma pericárdico; mesotelioma de la túnica vaginal del testículo; sarcomas de tejido blando; neoplasias uterinas; carcinoma endometrial; tipos de cáncer de vulva; adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos relacionados con lo oftálmico: edema macular diabético; degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluida la coroidopatía polipoidal y los subtipos de proliferación angiomasos retinianos; edema macular después de la oclusión de la vena retiniana; retinopatía diabética proliferativa; neovascularización coroidea; glaucoma neovascular; y retinopatía de la prematuridad
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZOLADEX
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZOLADEX
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Disforia de género, tratamiento del sangrado uterino anovulatorio crónico (chronic anovulatory uterine bleeding, CAUB) con anemia grave
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de mama, el medicamento solicitado debe utilizarse para la enfermedad positiva para el receptor hormonal (HR). Para la disforia de género (GD), el paciente debe cumplir con UNO de los siguientes criterios: 1) el paciente está experimentando una transición de género y recibirá el medicamento solicitado de forma simultánea con hormonas que afirman el género, O 2) el medicamento solicitado se utilizará para inhibir la pubertad y el paciente se encuentra en la etapa 2 o superior de Tanner
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Fármaco para adelgazar el endometrio antes de la ablación: 3 meses. Endometriosis, CAUB: 6 meses. Otro: Año del plan

<b>Otros criterios</b>	La concentración de 10.8 mg no se aprueba para diagnósticos que no sean cáncer de mama o cáncer de próstata.
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZOLINZA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZOLINZA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Micosis fungoide (MF), síndrome de Sézary (SS)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZOLPIDEM
<b>Nombres de medicamentos</b>	TARTRATO DE ZOLPIDEM
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el insomnio: El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a los comprimidos de zolpidem de absorción rápida.
<b>Restricciones de edad</b>	Menos de 65 años de edad
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZONISADE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZONISADE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento adyuvante de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico, Y ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri, Spritam; O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas).
<b>Restricciones de edad</b>	16 años de edad o más
<b>Restricciones de la persona que</b>	-

**receta****Duración de la cobertura** Año del plan**Otros criterios** -**Grupo de autorización previa** ZORYVE 0.3% CRM**Nombres de medicamentos** ZORYVE**Indicador de indicación de PA** Todas las indicaciones aprobadas por la FDA**Usos no aprobados** -**Criterios de exclusión** -**Información médica requerida** Para la psoriasis en placas: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un corticoesteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría probar con corticoesteroides tópicos.**Restricciones de edad** 6 años de edad o más**Restricciones de la persona que** -**receta****Duración de la cobertura** Año del plan**Otros criterios** -**Grupo de autorización previa** ZORYVE ESPUMA**Nombres de medicamentos** ZORYVE**Indicador de indicación de PA** Todas las indicaciones aprobadas por la FDA**Usos no aprobados** -**Criterios de exclusión** -**Información médica requerida** Para la dermatitis seborreica: Si el paciente tiene 12 años de edad o más, ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el ketoconazol tópico.**Restricciones de edad** 9 años de edad o más**Restricciones de la persona que** -**receta****Duración de la cobertura** Año del plan**Otros criterios** -**Grupo de autorización previa** ZTALMY**Nombres de medicamentos** ZTALMY**Indicador de indicación de PA** Todas las indicaciones aprobadas por la FDA**Usos no aprobados** -**Criterios de exclusión** -**Información médica requerida** -**Restricciones de edad** 2 años de edad o más**Restricciones de la persona que** -**receta****Duración de la cobertura** Año del plan**Otros criterios** -

<b>Grupo de autorización previa</b>	ZURZUVAE
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZURZUVAE
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el tratamiento de la depresión posparto (PPD): el diagnóstico se confirmó mediante escalas de valoración estandarizadas que miden de forma fiable los síntomas depresivos (p. ej., escala de Hamilton para la evaluación de la depresión [Hamilton Depression Rating Scale, HDRS], escala de Edimburgo para la depresión posnatal [Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS], cuestionario de salud del paciente 9 [Patient Health Questionnaire 9, PHQ9], escala de Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión [Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS], inventario de la depresión de Beck [Beck's Depression Inventory, BDI], etc.).
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	1 mes
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZYDELIG
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZYDELIG
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Linfoma linfocítico de células pequeñas (small lymphocytic lymphoma, SLL)
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	En el caso de la leucemia linfocítica crónica (CLL) o el linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL): el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea o posterior.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ZYKADIA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZYKADIA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK); NSCLC recurrente, avanzado o metastásico y positivo para ROS-1; enfermedad de Erdheim-Chester (Erdheim-Chester Disease, ECD) con fusión de ALK; tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT); metástasis cerebrales de NSCLC; linfoma recidivante o resistente de células grandes anaplásicas (ALCL) positivo para ALK
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene linfoma recurrente, avanzado o metastásico positivo para la cinasa anaplásica (ALK); Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos: lecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib) O 3) enfermedad positiva para ROS1. Para el tumor miofibroblástico inflamatorio: la enfermedad es positiva para ALK. Para la metástasis cerebral por NSCLC: el paciente tiene NSCLC positivo para ALK. En el caso del linfoma de células grandes anaplásicas (ALCL): el paciente tiene una enfermedad recidivante o resistente positiva para ALK.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZYNLONTA
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZYNLONTA
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
<b>Usos no aprobados</b>	Linfomas de linfocitos B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (linfoma difuso de linfocitos B grandes relacionado con el VIH, derrame linfomatoso primario y linfoma difuso de linfocitos B grandes positivo para el virus del herpes humano 8 [VHH8], no especificado de otro modo) y transformación histológica de los linfomas indolentes para los linfomas difusos de linfocitos B grandes.
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	-
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-

<b>Grupo de autorización previa</b>	ZYNYZ
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZYNYZ
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Para el carcinoma de células de Merkel: la enfermedad es metastásica o recurrente.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-
<b>Grupo de autorización previa</b>	ZYPREXA RELPREVV
<b>Nombres de medicamentos</b>	ZYPREXA RELPREVV
<b>Indicador de indicación de PA</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<b>Usos no aprobados</b>	-
<b>Criterios de exclusión</b>	-
<b>Información médica requerida</b>	Se ha establecido la tolerabilidad con olanzapina oral.
<b>Restricciones de edad</b>	-
<b>Restricciones de la persona que receta</b>	-
<b>Duración de la cobertura</b>	Año del plan
<b>Otros criterios</b>	-