

Criterios de PA

Grupo de autorización previa

Nombres de medicamentos

Indicador de indicación de PA

Usos no aprobados

Criterios de exclusión

Información médica requerida

ABILIFY MYCITE

ABILIFY MYCITE MANTENIMIENTO, ABILIFY MYCITE KIT DE INICIO

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-

-

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: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados al trastorno bipolar I: 1) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Vraylar. 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: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la marca Vraylar. Para el tratamiento complementario del trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, olanzapine, quetiapine; Y 2) el paciente ha experimentado 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

-

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	ABIRATERONE
Nombres de medicamentos	ABIRATERONE ACETATE, ABIRTEGA, ZYTIGA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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, tumores de glándulas salivales.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Par todas las indicaciones: el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para tumores de las glándulas salivales: el medicamento solicitado se está utilizando para el tratamiento de la enfermedad recurrente con receptores androgénicos positivos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ABRYSVO
Nombres de medicamentos	ABRYSVO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores (ERRI) y la DARI grave causada por el virus respiratorio sincitial (VRS): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el VRS (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ACITRETIN
Nombres de medicamentos	ACITRETIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Prevención de tipos de cáncer de piel distintos del melanoma en individuos de alto riesgo, liquen plano, queratosis folicular (enfermedad de Darier)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para methotrexate o cyclosporine.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ACTEMRA
Nombres de medicamentos	ACTEMRA, ACTEMRA ACTPEN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Enfermedad de Castleman
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación 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: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación 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. Para el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis: el diagnóstico se confirmó mediante un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-

Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ACTHAR HP
Nombres de medicamentos	ACTHAR, ACTHAR GEL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	Para espasmos infantiles (infantile spasms, IS), solicitud inicial: el paciente tiene menos de 2 años de edad
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	IS: 6 meses; exacerbación de la MS: 3 semanas; enfermedad del suero: 1 mes; todos los demás diagnósticos: 3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ACTIMMUNE
Nombres de medicamentos	ACTIMMUNE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Micosis fungoide, síndrome de Sézary
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ADAKVEO
Nombres de medicamentos	ADAKVEO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	16 años de edad o más
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ADAPALENE
Nombres de medicamentos	ADAPALENE, ADAPALENE/BENZOYL PEROXID, CABTREO, DIFFERIN, DIFFERIN BOMBA, EPIDUO, EPIDUO FORTE
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ADBRY
Nombres de medicamentos	ADBRY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica, tratamiento inicial: 1) El paciente tiene enfermedad de moderada a grave, Y 2) Al menos el 10 % del área de la superficie corporal (ASC) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingles, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 3) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina O los corticosteroides tópicos e inhibidores tópicos de la calcineurina no son recomendables para el paciente. Para la dermatitis atópica, continuación del tratamiento: el paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ADEMPAS
Nombres de medicamentos	ADEMPAS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan

Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ADLARITY
Nombres de medicamentos	ADLARITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Demencia vascular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 rivastigmine.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ADZYNMA
Nombres de medicamentos	ADZYNMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AIMOVIG
Nombres de medicamentos	AIMOVIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene-related peptide, CGRP). 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AJOVY
Nombres de medicamentos	AJOVY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene-related peptide, CGRP). 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AKEEGA
Nombres de medicamentos	AKEEGA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AKLIEF
Nombres de medicamentos	AKLIEF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el acné vulgar: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el retinoide tópico genérico.
Restricciones de edad	9 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ALBENDAZOLE
Nombres de medicamentos	ALBENDAZOLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Ascariasis, tricuriasis, microsporidiosis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Hidatidosis, microsporidiosis: 6 meses; todas las demás indicaciones: 1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ALDURAZYME
Nombres de medicamentos	ALDURAZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 atenuada) deben tener síntomas de moderados a graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ALECENSA
Nombres de medicamentos	ALECENSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK), metástasis cerebral de CPCNP 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 (incluido el sarcoma uterino avanzado, recurrente/metastásico o inoperable para IMT con translocación ALK), linfoma de células B grandes positivo para ALK
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; O b) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la extirpación del tumor, Y 2) la enfermedad es anaplásica linfoma quinasa (ALK)-positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ALKINDI
Nombres de medicamentos	ALKINDI SPRINKLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la insuficiencia corticosuprarrenal: 1) El paciente requiere una concentración que no está disponible en comprimidos de hydrocortisone (p. ej., 0.5 mg, 1 mg o 2 mg); O 2) el paciente tiene dificultad para tragar comprimidos de hydrocortisone.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ALOSETRON
Nombres de medicamentos	ALOSETRON HYDROCHLORIDE, LOTRONEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	INHIBIDOR DE LA ENDOPEPTIDASA ALFA-1
Nombres de medicamentos	ARALAST NP, GLASSIA, PROLASTIN-C, ZEMAIRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 micromoles/l (80 miligramos por decilitro [mg/dl] por inmunodifusión radial o 50 mg/dl por nefelometría).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ALPRAZOLAM ER
Nombres de medicamentos	ALPRAZOLAM ER, XANAX XR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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, la intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI); Y 2) el proveedor que emite la 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 3) si el paciente está usando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el proveedor que emite la receta ha determinado que tomar múltiples 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que	-

receta	
Duración de la cobertura	4 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Si
Grupo de autorización previa	ALUNBRIG
Nombres de medicamentos	ALUNBRIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK), metástasis cerebral de CPCNP positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes (anaplastic large-cell lymphoma, ALCL) positivo para ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorias (inflammatory myofibroblastic tumors, IMT) con translocación de ALK (incluido el sarcoma uterino avanzado, recurrente/metastásico o inoperable para IMT con translocación ALK), enfermedad de Erdheim-Chester (Erdheim-Chester Disease, ECD) con fusión de ALK
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ALVAIZ
Nombres de medicamentos	ALVAIZ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para ITP (continuación): respuesta del recuento de plt al fármaco 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 interferon. Para trombocitopenia relacionada con la hepatitis C crónica (continuación): el paciente recibe tratamiento con interferon. Para la anemia aplásica (AA) grave (inicio nuevo): El paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento inmunodepresor.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	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).
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ALYFTREK
Nombres de medicamentos	ALYFTREK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes de potenciadores de la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator, CFTR) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ALYMSYS
Nombres de medicamentos	ALYMSYS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, 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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	AMBRISANTAN
Nombres de medicamentos	AMBRISANTAN, LETAIRIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ANFETAMINAS
Nombres de medicamentos	ADDERALL, ADDERALL XR, ADZENYS XR-ODT, AMPHETAMINE/DEXTROAMPHETA, DEXEDRINE, DEXTROAMPHETAMINE SULFATE, DYANAVAL XR, MYDAYIS, XELSTRYM, ZENZEDI
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) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AMVUTTRA
Nombres de medicamentos	AMVUTTRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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). Para una miocardiopatía amiloide por transtirretina hereditaria o sin mutación (transthyretin amyloid cardiomyopathy, ATTR-CM), terapia inicial: 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 uno de los siguientes métodos: a) imágenes por ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal interventricular diastólica terminal que supere los 12 milímetros), o b) gammagrafía de la perfusión miocárdica con tecnecio; Y 3) el diagnóstico se ha confirmado mediante uno de los siguientes procedimientos: a) biopsia que confirma los depósitos de amiloide de transtirretina y la presencia de proteínas precursoras de transtirretina, b) gammagrafía ósea marcada con tecnecio positiva, Y se ha descartado la amiloidosis sistémica de cadenas ligeras mediante pruebas que muestran la ausencia de proteínas monoclonales (por ejemplo g., (p. ej., relación de cadenas ligeras libres kappa/lambda en suero, inmunofijación de proteínas en suero, inmunofijación de proteínas en orina), c) si la solicitud es para ATTR-CM hereditaria, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtirretina (TTR). Para una ATTR-CM, continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AMZEEQ
Nombres de medicamentos	AMZEEQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	9 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ANDEMBRY
Nombres de medicamentos	ANDEMBRY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de ataques de angioedema debido a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con deficiencia 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 (kininogen-1, KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 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.
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	APOKYN
Nombres de medicamentos	APOKYN, APOMORPHINE HYDROCHLORIDE
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 episodios sintomáticos en la enfermedad de Parkinson, continuación: El paciente experimenta una mejora con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AQNEURSA
Nombres de medicamentos	AQNEURSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C (NPC), inicial: 1) el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que demostraron una variante del gen NPC1 o NPC2, 2) el paciente tiene manifestaciones neurológicas de la enfermedad (p. ej., pérdida de habilidades motoras finas, deglución, habla, deambulación), Y 3) el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con Miplyffa (arimoclomol) Y 4) El paciente pesa más de 15 kg o menos. Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, continuación: el paciente está experimentando beneficios de la terapia (p. ej., estabilización o mejora de las habilidades motoras finas, deglución, habla, deambulación).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ARANESP
Nombres de medicamentos	ARANESP ALBUMIN FREE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Anemia en pacientes con síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndrome, MDS)
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mielóide.
Información médica requerida	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 erythropoietin 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 erythropoietin en el mes anterior) en todos los usos: 1) El paciente recibió al menos 12 semanas de tratamiento con erythropoietin; Y 2) el paciente respondió al tratamiento con erythropoietin; 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%).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	16 semanas
Otros criterios	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).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ARAZLO
Nombres de medicamentos	ARAZLO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	9 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ARCALYST
Nombres de medicamentos	ARCALYST
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Prevención de crisis de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para disminuir los niveles de urato
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	AREXVY
Nombres de medicamentos	AREXVY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores (ERRI) y la DARI grave causada por el virus respiratorio sincitial (VRS): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el VRS (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ARIKAYCE
Nombres de medicamentos	ARIKAYCE
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ARMODAFINIL
Nombres de medicamentos	ARMODAFINIL, NUVIGIL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 ha confirmado mediante polisomnografía o prueba de apnea del sueño en casa (HSAT) con un dispositivo técnicamente adecuado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ASPARLAS
Nombres de medicamentos	ASPARLAS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Linfoma linfoblástico agudo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	De 21 años de edad o menos
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ATTRUBY
Nombres de medicamentos	ATTRUBY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para una miocardiopatía amiloide por transtiretina variante o sin mutación (transthyretin amyloid cardiomyopathy, ATTR-CM), terapia inicial: 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 uno de los siguientes métodos: a) imágenes por ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal interventricular diastólica terminal que supere los 12 milímetros), o b) gammagrafía de la perfusión miocárdica con tecnecio; Y 3) el diagnóstico se ha confirmado mediante uno de los siguientes procedimientos: a) biopsia que confirma los depósitos de amiloide de transtiretina y la presencia de proteínas precursoras de transtiretina, b) gammagrafía ósea marcada con tecnecio positiva, Y se ha descartado la amiloidosis sistémica de cadenas ligeras mediante pruebas que muestran la ausencia de proteínas monoclonales (por ejemplo g., (p. ej., relación de cadenas ligeras libres kappa/lambda en suero, inmunofijación de proteínas en suero, inmunofijación de proteínas en orina), c) si la solicitud es para ATTR-CM variante, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtiretina (TTR). Para una ATTR-CM, continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AUBAGIO
Nombres de medicamentos	AUBAGIO, TERIFLUNOMIDE
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AUGTYRO
Nombres de medicamentos	AUGTYRO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente positivo para ROS1, CPCNP recurrente positivo para fusión del gen de la tirosina cinasa del receptor neurotrófico (NTRK), tumores sólidos positivos para fusión del gen NTRK que no son localmente avanzados ni metastásicos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) positivo para ROS1: el paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica. En el caso del CPCNP positivo para la fusión génica de la tirosina cinasa neurotrófica (NTRK): el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica. Para tumores sólidos: el tumor es positivo para la fusión del gen NTRK.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AUSTEDO
Nombres de medicamentos	AUSTEDO, AUSTEDO XR, AUSTEDO XR AJUSTE DE LA DOSIS PARA PACIENTE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de la discinesia tardía, inicial: el paciente debe cumplir los dos criterios siguientes: 1) el paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad Y 2) la enfermedad del paciente se ha evaluado mediante exploración clínica o con una herramienta de evaluación estructurada (p. ej., escala de movimiento involuntario anormal [AIMS], sistema de identificación de discinesia: escala de usuario condensado [DISCUS]). Para la corea asociada a la enfermedad de Huntington, inicial: el paciente muestra características de la exploración motora típicas. Para la discinesia tardía y la corea asociada a la enfermedad de Huntington, continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AUVELITY
Nombres de medicamentos	AUVELITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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), mirtazapine o bupropion
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	AVASTIN
Nombres de medicamentos	AVASTIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, 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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
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.

Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	AVEED
Nombres de medicamentos	AVEED
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AVMAPKI-FAKZYNJA
Nombres de medicamentos	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AVONEX
Nombres de medicamentos	AVONEX, AVONEX PLUMA
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AVSOLA
Nombres de medicamentos	AVSOLA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Enfermedad de Behcet, hidradenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide de moderada a gravemente activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente (pt) cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX), b) el pt ha experimentado una intolerancia o contraindicación al MTX, Y 2) el pt cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX, b) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el pt ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O el pt ha experimentado una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (pacientes nuevos): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-

Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidrosadenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo para pacientes nuevos): 1) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento inmunosupresor para la uveítis O 2) pt tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de tratamiento inmunosupresor 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.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	AYVAKIT
Nombres de medicamentos	AYVAKIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	AZELEX CREMA
Nombres de medicamentos	AZELEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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., clindamycin tópica, erythromycin tópica, retinoides tópicos).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	AZSTARYS
Nombres de medicamentos	AZSTARYS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o el Trastorno por Déficit de Atención (TDA): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un producto genérico de amphetamine o un producto genérico de methylphenidate.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres de medicamentos

B VS. D

ABRAXANE, ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, ADMELOG, AKYNZEO, ALBUTEROL SULFATE, ALIMTA, AMBISOME, AMPHOTERICIN B, AMPHOTERICIN B LIPOSOME, APIDRA, APREPITANT, ARFORMOTEROL TARTRATE, ASTAGRAF XL, ATGAM, AVGEMSI, AXTLE, 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, DOCETAXEL, DOCIVYX, DOXERCALCIFEROL, DOXIL, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, DUOPA, DURACLON, ELITEK, ELLENCE, EMEND, EMEND BIPACK, EMEND TRIPACK, ENGERIX-B, ENVARUS XR, EPOPROSTENOL SODIUM, ERBITUX, ERIBULIN MESYLATE, ETOPOPHOS, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FASLODEX, FIASP, FIASP PUMPCART, FLOLAN, FLUDARABINE PHOSPHATE, FLUOROURACIL, FORMOTEROL FUMARATE, FOSCARNET SODIUM, FRINDOVYX, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINE HCL, GEMCITABINE HYDROCHLORIDE, GENGRAF, GRAFAPEX, GRANISETRON HYDROCHLORIDE, HALAVEN, HEPAGAM B, HEPARIN SODIUM, HEPLISAV-B, HUMALOG, HUMULIN R, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, HYDROMORPHONE HCL, HYDROMORPHONE HYDROCHLORI, IBANDRONATE SODIUM, IFEX, IFOSFAMIDE, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), IMURAN, INSULIN LISPRO, 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, LYUMJEV, MARINOL, MEDROL, MERILOG, 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, NOVOLIN R, NOVOLIN R RELION, NOVOLOG, NOVOLOG RELION, 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, PREDNISONE, PREDNISONE INTENSOL, PREMASOL, PROGRAF, PROSOL, PULMICORT, RABAVER, RAYOS, RECLAST, RECOMBIVAX HB, ROCALTROL, SANDIMMUNE, SIROLIMUS, SMOFLIPID, SOLU-MEDROL, TACROLIMUS, 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, VIVIMUSTA, XATMEP, XYLOCAINE, XYLOCAINE-MPF, ZEMPLAR, ZILRETTA, ZOLEDRONIC ACID, ZORTRESS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	N/C
Otros criterios	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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BACLOFEN
Nombres de medicamentos	BACLOFEN, OZOBAX DS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BAFIERTAM
Nombres de medicamentos	BAFIERTAM
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BALVERSA
Nombres de medicamentos	BALVERSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BANZEL
Nombres de medicamentos	BANZEL, RUFINAMIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BAVENCIO
Nombres de medicamentos	BAVENCIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Neoplasia trofoblástica gestacional, carcinoma endometrial
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BELBUCA
Nombres de medicamentos	BELBUCA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.

Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	BELEODAQ
Nombres de medicamentos	BELEODAQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BENLYSTA
Nombres de medicamentos	BENLYSTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Para los pacientes que recién comienzan el tratamiento: lupus del sistema nervioso central activo grave.
Información médica requerida	Para el lupus eritematoso sistémico (LES): 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento estándar para el LES (por ejemplo, corticosteroides, antipalúdico, o AINE), O 2) el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación al régimen de tratamiento estándar para el LES, Y 3) para los arranques iniciales, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de LES a partir de autoanticuerpos positivos relevantes para el LES (p. ej., anticuerpos antinucleares [ANA], anti-ADN bicatenario [ADN anti-ds], anti-Smith [anti-Sm], anticuerpos antifosfolípidicos, proteínas del complemento). Para la nefritis lúpica: 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento estándar para la nefritis lúpica (por ejemplo, corticosteroides, cyclophosphamide, mycophenolate mofetil o azathioprine) O 2) el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación al régimen de tratamiento estándar para la nefritis lúpica, Y 3) para los arranques iniciales, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de GL de cualquiera de los siguientes: a) biopsia renal, b) positivo para autoanticuerpos relevantes para el

	LES (p. ej., anticuerpos antinucleares [ANA], anti-ADN bicatenario [ADN anti-ds], anti-Smith [anti-Sm], anticuerpos antifosfolípidicos, proteínas del complemento).
Restricciones de edad	5 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BEOVU
Nombres de medicamentos	BEOVU
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BERINERT
Nombres de medicamentos	BERINERT
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 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-sulfotransferasa 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BESPONSA
Nombres de medicamentos	BESPONSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BESREMI
Nombres de medicamentos	BESREMI
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BETASERON
Nombres de medicamentos	BETASERON
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BEXAROTENE
Nombres de medicamentos	BEXAROTENE, TARGRETIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS); linfoma anaplásico primario de células grandes (ALCL) cutáneo positivo para CD30; papulosis linfomatoide (lymphomatoid papulosis, LyP) positiva para CD30, linfoma de células T subcutáneo similar a paniculitis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BIMZELX
Nombres de medicamentos	BIMZELX
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 de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado. Para espondilitis anquilosante activa y espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar un AINE.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BKEMV
Nombres de medicamentos	BKEMV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 ha demostrado una respuesta positiva a la terapia (p. ej., mejora en los niveles de hemoglobina, normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa [LDH]). 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 a la terapia (p. ej., normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa [LDH]). 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 demostró una respuesta positiva a la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BOSENTAN
Nombres de medicamentos	BOSENTAN, TRACLEER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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) 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 ambrisentan (Letairis).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BOSULIF
Nombres de medicamentos	BOSULIF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BOTOX
Nombres de medicamentos	BOTOX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Salivación excesiva secundaria a enfermedad de Parkinson avanzada; espasmo hemifacial; fisura anal crónica; acalasia; disfonía espasmódica (disonía laríngea); distonía bucomandibular; hiperhidrosis palmar; temblor hereditario; dolor miofascial
Criterios de exclusión	Uso cosmético
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Migraña crónica, tratamiento inicial: 6 meses; renovación: Año del plan. Todas las demás indicaciones: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BRAFTOVI
Nombres de medicamentos	BRAFTOVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo, adenocarcinoma apendicular, CPCNP recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) El tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el paciente tiene cualquiera de los siguientes: a) una enfermedad avanzada o metastásica; b) una metástasis metacrónica irresecable; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con binimetinib. 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 agente único 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 o neoadyuvante. 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BRIUMVI
Nombres de medicamentos	BRIUMVI
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BRIVIACT
Nombres de medicamentos	BRIVIACT
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 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).
Restricciones de edad	1 mes de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	BRIVIACT INYECTABLE
Nombres de medicamentos	BRIVIACT
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 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).
Restricciones de edad	1 mes de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BRUKINSA
Nombres de medicamentos	BRUKINSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Tricoleucemia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	BUDESONIDE-FORMOTEROL
Nombres de medicamentos	SYMBICORT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BUPRENORPHINE PARCHE
Nombres de medicamentos	BUPRENORPHINE, BUTRANS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	BYETTA
Nombres de medicamentos	EXENATIDE
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BYLVAY
Nombres de medicamentos	BYLVAY, BYLVAY (MICROESFERAS)
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 (ALGS) (solicitudes iniciales): 1) el diagnóstico de ALGS se ha confirmado mediante pruebas genéticas, Y 2) el paciente no tiene ninguna otra enfermedad hepática concomitante, Y 3) el paciente no ha recibido un trasplante de hígado. 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).
Restricciones de edad	Para la PFIC: 3 meses de edad o más, para el ALGS: 12 meses de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un hepatólogo o gastroenterólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BYOOVIZ
Nombres de medicamentos	BYOOVIZ
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CABLIVI
Nombres de medicamentos	CABLIVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 60 días, continuación: 28 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CABOMETYX
Nombres de medicamentos	CABOMETYX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón no microcítico, sarcoma de Ewing, osteosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma endometrial, sarcoma de tejidos blandos (sarcoma de partes blandas alveolar y subtipos de condrosarcoma mixoide extraesquelético)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CALCIPOTRIENE
Nombres de medicamentos	CALCIPOTRIENE, CALCIPOTRIENE/BETAMETHASO, CALCITRENE, ENSTILAR, SORILUX, TACLONEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un esteroide tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CALCITRIOL
Nombres de medicamentos	CALCITRIOL, VECTICAL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un esteroide tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CALQUENCE
Nombres de medicamentos	CALQUENCE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Macroglobulinemia de Waldenstrom (linfoma linfoplasmacítico), 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)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CAMBIA
Nombres de medicamentos	CAMBIA, DICLOFENAC POTASSIUM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	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).
Información médica requerida	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 triptan 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CAMZYOS
Nombres de medicamentos	CAMZYOS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CAPRELSA
Nombres de medicamentos	CAPRELSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Carcinomas tiroideos (foliculares, oncocíticos, papilares).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CARBAGLU
Nombres de medicamentos	CARBAGLU, CARGLUMIC ACID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: el diagnóstico se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CAYSTON
Nombres de medicamentos	CAYSTON
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 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CEQUA
Nombres de medicamentos	CEQUA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CEQR
Nombres de medicamentos	CEQR SIMPLICITY 2U, CEQR SIMPLICITY INSERTER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere manejo de la insulina; Y 2) actualmente el paciente se mide sus niveles de glucosa y recibirá asesoramiento sobre los niveles de glucosa que debe obtener en las pruebas autoadministradas, o el paciente está usando un monitor continuo de la glucosa; Y 3) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes requisitos: a) el paciente ha probado las inyecciones en bolo y no cumplió con los objetivos glucémicos o tuvo dificultades para administrar múltiples inyecciones de insulina todos los días; o b) el paciente no puede probar las inyecciones en bolo.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CERDELGA
Nombres de medicamentos	CERDELGA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CEREZYME
Nombres de medicamentos	CEREZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Enfermedad de Gaucher de tipo 2, enfermedad de Gaucher de tipo 3.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CHLORDIAZEPOXIDE
Nombres de medicamentos	CHLORDIAZEPOXIDE HCL, CHLORDIAZEPOXIDE HYDROCHL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) el proveedor que emite 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 de edad avanzada, lo que significa que se evita mejor, se receta a dosis reducidas, o se utiliza con precaución o se supervisa cuidadosamente), Y 2) Si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el proveedor que emite la receta ha determinado 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). 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 agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	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
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CHOLBAM
Nombres de medicamentos	CHOLBAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CIBINQO
Nombres de medicamentos	CIBINQO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica (solo de inicio nuevo): 1) El paciente tiene enfermedad resistente, de moderada a grave, Y 2) Al menos el 10 % de la superficie corporal (ASC) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingles, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 3) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con al menos otro medicamento 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.
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CIMERLI
Nombres de medicamentos	CIMERLI
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CIMZIA
Nombres de medicamentos	CIMZIA, CIMZIA 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 la enfermedad de Chron 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: Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período 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: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período 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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período 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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período de lactancia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	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., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple uno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período 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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período de lactancia. Para la artritis idiopática juvenil poliarticular 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: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período de lactancia.

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa

CINQAIR

Nombres de medicamentos

CINQAIR

Indicador de indicación de PA

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

Usos no aprobados

-

Criterios de exclusión

-

Información médica requerida

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) 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 theophylline de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o una 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.

Restricciones de edad

18 años de edad o más

Restricciones de la persona que receta

-

Duración de la cobertura

Año del plan

Otros criterios

-

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	CINRYZE
Nombres de medicamentos	CINRYZE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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-sulfotransferasa 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.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CLEMASTINE
Nombres de medicamentos	CLEMASTINE FUMARATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 65 años o más, el proveedor que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CLOBAZAM
Nombres de medicamentos	CLOBAZAM, ONFI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (Lennox-Gastaut syndrome, LGS): 2 años o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CLOMIPRAMINE
Nombres de medicamentos	ANAFRANIL, CLOMIPRAMINE HYDROCHLORID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Depresión, trastorno de pánico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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), mirtazapine o bupropion. Para todas las indicaciones: Si el paciente tiene 65 años de edad o más Y usa uno o más anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) con el medicamento solicitado, el proveedor que emite la 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CLORAZEPATE
Nombres de medicamentos	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) El proveedor que emite la 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 de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, prescribirlo a dosis reducidas, o usarlo con precaución o supervisarlos cuidadosamente). 2) si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el proveedor que emite la receta ha determinado 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. 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad durante 1 mes; trastorno de ansiedad durante 4 meses; todos los demás diagnósticos: año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CLOZAPINE ODT
Nombres de medicamentos	CLOZAPINE ODT
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	COBENFY
Nombres de medicamentos	COBENFY, COBENFY PAQUETE 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: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	COLUMVI
Nombres de medicamentos	COLUMVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Transformación histológica del linfoma de la zona marginal a linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células B relacionado con el VIH, linfoma primario de derrame, linfoma difuso de células B grandes positivo para HHV8, trastorno linfoproliferativo monomórfico posterior al trasplante.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la transformación histológica del linfoma de la zona marginal a linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células B relacionado con el VIH, linfoma primario de derrame, linfoma difuso de células B grandes positivo para HHV8 y trastorno linfoproliferativo monomórfico posterior al trasplante: se han utilizado al menos dos líneas de tratamiento sistémico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	COMETRIQ
Nombres de medicamentos	COMETRIQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), carcinomas tiroideos (foliculares, oncocíticos, papilares).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): la enfermedad es positiva para el reordenamiento durante la transfección (RET).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	COPIKTRA
Nombres de medicamentos	COPIKTRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Linfoma de linfocitos T hepatoesplénicos, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado con implantes mamarios, linfoma periférico de linfocitos T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CORTROPHIN
Nombres de medicamentos	CORTROPHIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Exacerbación de la MS: 3 semanas, estados de alergia: 1 mes, todos los demás diagnósticos: 3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	COSENTYX
Nombres de medicamentos	COSENTYX, COSENTYX SENSOREADY PLUMA, COSENTYX UNOREADY
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 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., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), 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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (solo de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib). Para un adulto con artritis psoriásica activa (psoriatic arthritis, PsA) 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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para hidradenitis supurativa moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	COTELLIC
Nombres de medicamentos	COTELLIC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., glioma, glioblastoma), tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CRENESSITY
Nombres de medicamentos	CRENESSITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hiperplasia suprarrenal congénita (congenital adrenal hyperplasia, CAH), inicial: 1) el paciente tiene un diagnóstico de CAH confirmado mediante cualquiera de los siguientes: a) pruebas genéticas para confirmar la presencia de mutaciones patogénicas en el gen CYP21A1, b) deficiencia de 21-hidroxilasa confirmada (p. ej., prueba de estimulación con la hormona adrenocorticotrópica [adrenocorticotropic hormone, ACTH], medición inicial de la concentración sérica de la 17-hidroxiprogesterona [17-OHP] mediante una cromatografía líquida acoplada a una espectrometría de masas); Y 2) el paciente está actualmente recibiendo terapia con glucocorticoides en dosis suprafisiológicas.
Restricciones de edad	4 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CRESEMBA
Nombres de medicamentos	CRESEMBA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Candidiasis esofágica resistente al fluconazole en un paciente con VIH, peritonitis asociada a diálisis peritoneal fúngica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se utiliza por vía oral. Para la aspergilosis invasiva y la candidiasis esofágica resistente al fluconazole en un paciente con VIH: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para el voriconazole.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Aspergilosis invasiva: 3 meses. Mucormicosis invasiva: 6 meses. Candidiasis esofágica, peritonitis: 1 mes.
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CRESEMBA INYECTABLE
Nombres de medicamentos	CRESEMBA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Peritonitis asociada a diálisis peritoneal fúngica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 voriconazole.
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Aspergilosis invasiva: 3 meses. Mucormicosis invasiva: 6 meses. Peritonitis: 1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CRINONE
Nombres de medicamentos	CRINONE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Profilaxis para el nacimiento prematuro en mujeres con cuello uterino corto
Criterios de exclusión	Recetado para promover la fertilidad
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CROTAN
Nombres de medicamentos	CROTAN, PRURADIK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Pediculosis capitis (piojos de la cabeza)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 permethrin al 5 por ciento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CRYSVITA
Nombres de medicamentos	CRYSVITA
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CUTAQUIG
Nombres de medicamentos	CUTAQUIG
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CUVITRU
Nombres de medicamentos	CUVITRU
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CUVRIOR
Nombres de medicamentos	CUVRIOR
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CYRAMZA
Nombres de medicamentos	CYRAMZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Adenocarcinoma esofágico, cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente, adenocarcinoma apendicular, mesotelioma pleural, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal del testículo, timomas y carcinomas tímicos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CYSTADROPS
Nombres de medicamentos	CYSTADROPS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CYSTAGON
Nombres de medicamentos	CYSTAGON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CYSTARAN
Nombres de medicamentos	CYSTARAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DALFAMPRIDINE
Nombres de medicamentos	AMPYRA, DALFAMPRIDINE ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la esclerosis múltiple (para pacientes nuevos): 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DANZITEN: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	DANZITEN
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DARAPRIM
Nombres de medicamentos	DARAPRIM, PYRIMETHAMINE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Profilaxis de toxoplasmosis, profilaxis de neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> , tratamiento de cistosisporiasis y profilaxis secundaria
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis primaria de la toxoplasmosis, la profilaxis de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP) y la profilaxis secundaria de la cistosisporiasis: 1) El paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación para trimetoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) Y 2) El paciente está inmunodeprimido. Para la profilaxis secundaria de toxoplasmosis: El paciente está inmunodeprimido. Para el tratamiento de la cistosisporiasis: El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para TMP-SMX.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	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
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DARZALEX
Nombres de medicamentos	DARZALEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Amiloidosis sistémica de cadena ligera, leucemia linfoblástica aguda de linfocitos T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DARZALEX FASPRO
Nombres de medicamentos	DARZALEX FASPRO
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DATROWAY
Nombres de medicamentos	DATROWAY
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DAURISMO
Nombres de medicamentos	DAURISMO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el medicamento solicitado debe usarse en combinación con cytarabine; 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DAYBUE
Nombres de medicamentos	DAYBUE
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DEFERASIROX
Nombres de medicamentos	DEFERASIROX, EXJADE, JADENU, JADENU SPRINKLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre: el nivel de ferritina sérica previo al tratamiento es superior a 1000 mcg/l.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DEFEROXAMINE
Nombres de medicamentos	DEFEROXAMINE MESYLATE, DESFERAL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Toxicidad de aluminio en pacientes que se someten a diálisis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la sobrecarga crónica de hierro: el nivel de ferritina sérica previo al tratamiento es superior a 1000 mcg/l.
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DEMSER
Nombres de medicamentos	DEMSER, METYROSINE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un antagonista alfa-adrenérgico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DEXMETHYLPHENIDATE
Nombres de medicamentos	DEXMETHYLPHENIDATE HCL, DEXMETHYLPHENIDATE HCL ER, DEXMETHYLPHENIDATE HYDROC, FOCALIN, FOCALIN XR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Fatiga relacionada con el cáncer
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) 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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DHE NASAL
Nombres de medicamentos	DIHYDROERGOTAMINE MESYLAT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene UNA contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptan.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DIACOMIT
Nombres de medicamentos	DIACOMIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	6 meses de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DIAZEPAM
Nombres de medicamentos	DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL, VALIUM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) El proveedor que emite la 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 de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a dosis reducidas, o usarlo con precaución o supervisarlo cuidadosamente). 2) si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el prescriptor ha determinado 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). para el manejo de 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad: 1 mes; espasmo muscular esquelético: 3 meses; trastornos de ansiedad: 4 meses; otros diagnósticos: año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. Se aplica a más de 5 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	DIBENZYLINE
Nombres de medicamentos	DIBENZYLINE, PHENOXYBENZAMINE HYDROCHL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un bloqueador selectivo del receptor adrenérgico alfa-1 (p. ej.: doxazosin).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DICLOFENAC 2% SOL
Nombres de medicamentos	DICLOFENAC SODIUM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la osteoartritis de rodilla(s): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la solución tópica de diclofenac sódico al 1.5%.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	DICLOFENAC 3% GEL
Nombres de medicamentos	DICLOFENAC SODIUM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 fluorouracil.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DOJOLVI
Nombres de medicamentos	DOJOLVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 variantes patógenas confirmadas en un gen LC-FAOD (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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DOPTLET: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	DOPTLET
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DRIZALMA
Nombres de medicamentos	DRIZALMA SPRINKLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Dolor oncológico, dolor neuropático inducido por la quimioterapia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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), mirtazapine o bupropion Para el trastorno de ansiedad generalizada, neuropatía diabética periférica, fibromialgia, dolor musculoesquelético crónico: 1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetine; O 2) el paciente no puede tomar cápsulas de duloxetine por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar cápsulas, requiere administración mediante sonda nasogástrica).
Restricciones de edad	Trastorno de ansiedad generalizado: 7 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	DUOBRII
Nombres de medicamentos	DUOBRII
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 un corticoesteroide tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DUPIXENT – REVISIÓN DE LOS CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	DUPIXENT
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DUVYZAT
Nombres de medicamentos	DUVYZAT
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 distrofia muscular de Duchenne (DMD): El diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que identificaron una mutación del gen DMD que causa la enfermedad.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por o en consulta con un médico especializado en el tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne (DMD)
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DYSPORT
Nombres de medicamentos	DYSPORT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Blefaroespasma
Criterios de exclusión	Uso cosmético
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EBGLYSS
Nombres de medicamentos	EBGLYSS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica, tratamiento inicial: 1) El paciente tiene enfermedad de moderada a grave, Y 2) Al menos el 10 % del área de la superficie corporal (ASC) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingles, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 3) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina O los corticosteroides tópicos e inhibidores tópicos de la calcineurina no son recomendables para el paciente. Para la dermatitis atópica, continuación del tratamiento: el paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EGRIFTA
Nombres de medicamentos	EGRIFTA SV, EGRIFTA WR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Usado para bajar de peso
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o endocrinólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EKTERLY
Nombres de medicamentos	EKTERLY
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 ataques agudos de angioedema debido a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con deficiencia 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 (kininogen-1, KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 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.
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ELAHERE
Nombres de medicamentos	ELAHERE
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ELAPRASE
Nombres de medicamentos	ELAPRASE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	16 meses de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ELELYSO
Nombres de medicamentos	ELELYSO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ELFABRIO
Nombres de medicamentos	ELFABRIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Fabry, 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ELIGARD
Nombres de medicamentos	ELIGARD
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Tumores de las glándulas salivales
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tumores de las glándulas salivales: 1) la enfermedad es positiva para el receptor androgénico Y 2) la enfermedad es recurrente, metastásica o irresecable.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ELYXYB
Nombres de medicamentos	ELYXYB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	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).
Información médica requerida	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 triptan 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EMGALITY
Nombres de medicamentos	EMGALITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene-related peptide, CGRP). 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 triptan. 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Si
Grupo de autorización previa	EMPAVELI
Nombres de medicamentos	EMPAVELI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: 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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EMPLICITI
Nombres de medicamentos	EMPLICITI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para mieloma múltiple: el paciente debe haber recibido al menos un tratamiento previo.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EMRELIS
Nombres de medicamentos	EMRELIS
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EMROSI
Nombres de medicamentos	EMROSI
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 rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazole tópico genérico o al azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazole tópico genérico y azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EMSAM
Nombres de medicamentos	EMSAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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), mirtazapine o bupropion; O 2) el paciente no puede tomar formulaciones por vía oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ENDARI
Nombres de medicamentos	ENDARI, L-GLUTAMINE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	5 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ENHERTU
Nombres de medicamentos	ENHERTU
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer colorrectal HER2-amplificado y RAS y BRAF de tipo natural (incluido el adenocarcinoma apendicular), recurrente, localmente avanzado, o adenocarcinoma esofágico metastásico HER2-positivo, adenocarcinoma gástrico o de la unión esofagogástrica recurrente HER2-positivo, metástasis cerebrales en pacientes con cáncer HER2-positivo, tumores de las glándulas salivales recurrentes positivos para HER2, cáncer cervicouterino HER2-positivo recurrente o en estadio IVB, avanzado, recurrente, o cáncer vulvar metastásico HER2-positivo, carcinoma de endometrio HER2-positivo recurrente, cáncer de ovario/cáncer de trompa de Falopio/cáncer peritoneal HER2-positivo persistente recurrente o resistente al platino, cáncer vaginal HER2-positivo, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico HER2-positivo (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), cáncer de vejiga HER2-positivo recurrente o metastásico, adenocarcinoma del intestino delgado HER2-amplificado, cáncer oculto HER2-positivo, adenocarcinoma pancreático HER2-positivo localmente avanzado o metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del cáncer de ovario, cáncer de las trompas de Falopio o cáncer peritoneal: la enfermedad de la paciente es la siguiente: A) la enfermedad del paciente es recurrente o resistente al platino Y B) la enfermedad del paciente es HER2-positiva.
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ENJAYMO
Nombres de medicamentos	ENJAYMO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad por crioaglutinina (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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ENSPRYNG
Nombres de medicamentos	ENSPRYNG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

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 receta	Recetado por un gastroenterólogo, alergista o inmunólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EPCLUSA
Nombres de medicamentos	EPCLUSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA.
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EPIDIOLEX
Nombres de medicamentos	EPIDIOLEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EPKINLY
Nombres de medicamentos	EPKINLY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Transformación histológica del linfoma folicular o de la zona marginal a linfoma difuso de células B grandes, linfoma primario de derrame, linfoma difuso de células B relacionado con el VIH, linfoma difuso de células B grandes HHV8-positivo, trastorno linfoproliferativo monomórfico posterior al trasplante (TLPT).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la transformación histológica del linfoma folicular o de la zona marginal a linfoma difuso de células B grandes, linfoma primario de derrame, linfoma difuso de células B relacionado con el VIH, linfoma difuso de células B grandes HHV8-positivo y trastorno linfoproliferativo monomórfico posterior al trasplante (TLPT): se han utilizado al menos dos líneas de tratamiento sistémico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EPOGEN
Nombres de medicamentos	EPOGEN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Anemia debido a síndromes mielodisplásicos (MDS)
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mielóide.
Información médica requerida	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 erythropoietin 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 erythropoietin en el mes anterior) en todos los usos excepto cirugía: 1) el paciente recibió al menos 12 semanas de tratamiento con erythropoietin; Y 2) respondió al tratamiento con erythropoietin; 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%).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Anemia con ERC, zidovudine: Año del plan, todos los demás: 16 semanas
Otros criterios	La cobertura incluye el uso en casos de anemia en pacientes que no recibirán o no pueden recibir transfusiones de sangre (p. ej., por creencias religiosas). 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).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EPRONTIA
Nombres de medicamentos	EPRONTIA, TOPIRAMATE
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 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).
Restricciones de edad	Epilepsia: 2 años o más, migraña: 12 años o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EPSOLAY
Nombres de medicamentos	EPSOLAY
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 rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazole tópico genérico o al azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazole tópico genérico y azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EPYSQLI
Nombres de medicamentos	EPYSQLI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 ha demostrado una respuesta positiva a la terapia (p. ej., mejora en los niveles de hemoglobina, normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa [LDH]). 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 a la terapia (p. ej., normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa [LDH]). 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 demostró una respuesta positiva a la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ERGOTAMINE
Nombres de medicamentos	ERGOMAR, ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFE, MIGERGOT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista del 5-HT1 triptan.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ERIVEDGE: REVISIÓN CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	ERIVEDGE
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ERLEADA
Nombres de medicamentos	ERLEADA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ERLOTINIB
Nombres de medicamentos	ERLOTINIB HYDROCHLORIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ESBRIET
Nombres de medicamentos	ESBRIET, PIRFENIDONE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo de inicio nuevo): 1) se han excluido otras causas de fibrosis pulmonar, Y 2) el paciente cumple uno de los siguientes requisitos: 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 b) 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 efectuó una biopsia pulmonar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ETANERCEPT
Nombres de medicamentos	ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Hidradenitis supurativa, espondiloartritis axial no radiográfica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 tiene una contraindicación para methotrexate (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. Para espondilitis anquilosante activa y espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado. Para la hidradenitis supurativa (solo de inicio nuevo): el paciente tiene enfermedad grave resistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EUCRISA
Nombres de medicamentos	EUCRISA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	3 meses de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EVENITY
Nombres de medicamentos	EVENITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Pacientes que tuvieron un infarto de miocardio o accidente cerebrovascular dentro del año anterior.
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Total de por vida de 12 meses
Otros criterios	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 prednisone) por día.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EVEROLIMUS
Nombres de medicamentos	AFINITOR, AFINITOR DISPERZ, EVEROLIMUS, TORPENZ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas tímicos, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico previamente tratado, sarcoma de tejidos blandos (tumores de células epiteliales perivasculares [perivascular epithelioid cell tumor, PEComa] y linfangioliomatosis), 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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EVKEEZA
Nombres de medicamentos	EVKEEZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 statin 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 statin o tenga una contraindicación al tratamiento con statin; 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.
Restricciones de edad	5 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EVRYSDI
Nombres de medicamentos	EVRYSDI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 o mejoró su función muscular.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un médico que se especializa en atrofia muscular espinal, o en consulta con este.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EXELDERM CREMA
Nombres de medicamentos	EXELDERM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para ambos de los siguientes: 1) crema de clotrimazole Y 2) crema o champú de ketoconazole.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EXELDERM SOL
Nombres de medicamentos	EXELDERM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para ambos de los siguientes: 1) crema de clotrimazole Y 2) crema o champú de ketoconazole.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	EYLEA
Nombres de medicamentos	EYLEA
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EYLEA HD
Nombres de medicamentos	EYLEA HD
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FABHALTA
Nombres de medicamentos	FABHALTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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. 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	PNH inicial: 6 meses; PNH continuación: Año del plan, IgAN: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FABIOR
Nombres de medicamentos	FABIOR, TAZAROTENE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FABRAZYME
Nombres de medicamentos	FABRAZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Fabry, 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FANAPT
Nombres de medicamentos	FANAPT, FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS A, FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS B, FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS C
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: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Lybalvi, 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: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FASENRA
Nombres de medicamentos	FASENRA, FASENRA PLUMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para 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 theophylline de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o una 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. Para la granulomatosis eosinofílica con poliangitis (eosinophilic granulomatosis with polyangiitis, EGPA), tratamiento inicial: el paciente tiene antecedentes o la presencia de un recuento de eosinófilos de más de 1000 células por microlitro o un nivel de eosinófilos en sangre de más del 10%. 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 corticoesteroide oral, O 3) ausencia de vasculitis activa.
Restricciones de edad	Asma: 6 años de edad o más, EGPA: 18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FEBUXOSTAT
Nombres de medicamentos	FEBUXOSTAT, ULORIC
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FENSOLVI
Nombres de medicamentos	FENSOLVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	CPP: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FENTANYL PARCHE
Nombres de medicamentos	FENTANYL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FERRIPROX
Nombres de medicamentos	DEFERIPRONE, FERRIPROX, FERRIPROX DOS VECES AL DÍA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La sobrecarga de hierro transfusional del paciente no se debe al síndrome mielodisplásico ni a la anemia de Diamond-Blackfan.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FETZIMA
Nombres de medicamentos	FETZIMA, FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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), mirtazapine o bupropion
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FILSPARI
Nombres de medicamentos	FILSPARI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para pacientes con nefropatía primaria por inmunoglobulina A (immunoglobulin A nephropathy, 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FILSUVEZ
Nombres de medicamentos	FILSUVEZ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado no se administrará a heridas que estén actualmente cicatrizadas.
Restricciones de edad	6 meses de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un dermatólogo o especialista en el cuidado de heridas, o en consulta con estos.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FINACEA
Nombres de medicamentos	FINACEA
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 rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazole tópico genérico o al azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazole tópico genérico y azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FINTEPLA
Nombres de medicamentos	FINTEPLA
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FIRDAPSE
Nombres de medicamentos	FIRDAPSE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Antecedentes de convulsiones
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FIRMAGON
Nombres de medicamentos	FIRMAGON
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FLEQSUVY
Nombres de medicamentos	BACLOFEN, FLEQSUVY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FLUCITOSINE: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	ANCOBON, FLUCYTOSINE
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FLUTICASONE-SALMETEROL
Nombres de medicamentos	ADVAIR DISKUS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FOLOTYN
Nombres de medicamentos	FOLOTYN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CLINDAMYCIN ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	CLINDAGEL, CLINDAMYCIN PHOSPHATE
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DICLOFENAC ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	DICLOFENAC POTASSIUM, LOFENA, ZIPSOR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o una intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DIFLUSINAL ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	DOLOBID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o una intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA:
Nombres de medicamentos	DOXYCYCLINE
Indicador de indicación de PA	DORYX MPC, DOXYCYCLINE HYCLATE DR
Usos no aprobados	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FENOPROFEN ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	FENOPROFEN CALCIUM, FENOPRON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o una intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	GABARONE ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	GABARONE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	MELOXICAM ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	MELOXICAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o una intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MUPIROCIN ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	MUPIROCIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NAPROXEN ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	NAPRELAN, NAPROXEN, NAPROXEN SODIUM ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o una intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NITROFURANTOIN SUSP ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	NITROFURANTOIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OXYCODONE-APAP ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	NALOCET, OXYCODONE Y ACETAMINOPH, OXYCODONE HYDROCHLORIDE/A, OXYCODONE/ACETAMINOPHEN, PERCOCET, PROLATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o una intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	SPRIX ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	SPRIX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o una intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TOLMETIN ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	TOLECTIN 600, TOLMETIN SODIUM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o una intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ACICLOVIR TÓPICO ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	ACICLOVIR, ZOVIRAX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KETOCONAZOLE TÓPICO ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	KETOCONAZOLE, KETODAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA: ESTEROIDES TÓPICOS
Nombres de medicamentos	AMCINONIDE, BRYHALI, CLOCORTOLONE PIVALATE, CORDRAN, DESONIDE, DESOXIMETASONE, DIFLORASONE DIACETATE, FLURANDRENOLIDE, HALCINONIDE, HALOBETASOL PROPIONATE, HALOG, HYDROCORTISONE BUTYRATE, LEXETTE, LOCID, TOPICORT, TRIAMCINOLONE ACETONIDE, ULTRAVATE, VANOS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado intolerancia a otros dos esteroides tópicos de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TRAMADOL SOL ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA
Nombres de medicamentos	TRAMADOL HYDROCHLORIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o una intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA: TRAMADOL SOL
Nombres de medicamentos	TRAMADOL HYDROCHLORIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA: VALSARTAN SOL
Nombres de medicamentos	VALSARTAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FORTEO
Nombres de medicamentos	FORTEO, TERIPARATIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 bisphosphonate oral de al menos 1 año de duración, a menos que el paciente tenga una contraindicación o intolerancia a un bisphosphonate 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 24 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	Continuación del tratamiento: Si el paciente recibió 24 meses o más de tratamiento con cualquier hormona paratiroidea análoga: 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 prednisone) 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.

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa

TREMFYA: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE

Nombres de medicamentos

FOTIVDA

Indicador de indicación de PA

-

Usos no aprobados

-

Criterios de exclusión

-

Información médica requerida

-

Restricciones de edad

-

Restricciones de la persona que receta

-

Duración de la cobertura

-

Otros criterios

-

Grupo de autorización previa

FRUZAQLA

Nombres de medicamentos

FRUZAQLA

Indicador de indicación de PA

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

Usos no aprobados

Adenocarcinoma apendicular

Criterios de exclusión

-

Información médica requerida

Para el cáncer colorrectal y el adenocarcinoma apendicular: 1) la enfermedad es avanzada o metastásica, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior.

Restricciones de edad

-

Restricciones de la persona que receta

-

Duración de la cobertura

Año del plan

Otros criterios

-

Tratamiento previo requerido

No

Grupo de autorización previa	FULPHILA
Nombres de medicamentos	FULPHILA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 mieloide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FYARRO
Nombres de medicamentos	FYARRO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Sarcoma uterino recurrente o inoperable con histología de tumor perivascular de células epiteliales (perivascular epithelioid cell tumor, PEComa)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FYCOMPA
Nombres de medicamentos	FYCOMPA, PERAMPANEL
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 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.
Restricciones de edad	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
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FYLNETRA
Nombres de medicamentos	FYLNETRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 mieloide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GALAFOLD
Nombres de medicamentos	GALAFOLD
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GATTEX: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	GATTEX
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GAVRETO
Nombres de medicamentos	GAVRETO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas positivo para el reordenamiento recurrente del gen RET, cáncer de vesícula biliar positivo a la fusión del gen RET
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	Cáncer de pulmón de células no pequeñas: 18 años o más; cáncer de tiroides: 12 años o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GAZYVA
Nombres de medicamentos	GAZYVA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todos los diagnósticos: la enfermedad es positiva a CD20. Para el linfoma de la zona extraganglionar marginal del estómago, linfoma extraganglionar 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	GILENYA
Nombres de medicamentos	FINGOLIMOD HYDROCHLORIDE, GILENYA
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GILOTRIF
Nombres de medicamentos	GILOTRIF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) positivo para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) El paciente ha experimentado un acontecimiento adverso intolerable o una contraindicación para erlotinib, gefitinib u osimertinib. Para el CPCNP epidermoide metastásico: La enfermedad ha progresado después de la quimioterapia con platino.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	GIMOTI
Nombres de medicamentos	GIMOTI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente no usará metoclopramide durante más de 12 semanas consecutivas de tratamiento; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la metoclopramide por vía oral O no puede tomar metoclopramide por vía oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	GIVLAARI
Nombres de medicamentos	GIVLAARI
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GLATIRAMER
Nombres de medicamentos	COPAXONE, GLATIRAMER ACETATE, GLATOPA
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GOCOVRI
Nombres de medicamentos	GOCOVRI
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GOMEKLI
Nombres de medicamentos	GOMEKLI
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GONADOTROPIN
Nombres de medicamentos	CHORIONIC GONADOTROPIN, NOVAREL, PREGNYL CON BENZYL DILUIDO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Inducción de la ovulación
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GRALISE
Nombres de medicamentos	GABAPENTIN UNA VEZ AL DÍA, GRALISE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la neuralgia posherpética: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la gabapentin genérica de absorción rápida.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	GRANIX
Nombres de medicamentos	GRANIX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GRASTEK
Nombres de medicamentos	GRASTEK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	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.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	De los 5 a los 65 años
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HORMONAS PARA EL CRECIMIENTO
Nombres de medicamentos	GENOTROPIN, GENOTROPIN MINISQUICK, NORDITROPIN FLEXPRO, OMNITROPE, ZOMACTON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Información médica requerida	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 (SNC) (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.
Restricciones de edad	SGA: 2 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un endocrinólogo, nefrólogo, especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo/especialista en apoyo nutricional o genetista, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HADLIMA
Nombres de medicamentos	HADLIMA, HADLIMA PUSHTOUCH
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Espondiloartritis axial no radiográfica, enfermedad de Behcet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo: 1) el paciente (pt) ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para methotrexate (MTX) O 2) el pt 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): 1) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el pt tiene una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (pacientes nuevos): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la uveítis no infecciosa intermedia, posterior y panuveítis (solo de inicio nuevo): 1) el pt experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide; O 2) el pt tiene una contraindicación que prohibiría probar corticoesteroides.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HAEGARDA
Nombres de medicamentos	HAEGARDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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-sulfotransferasa 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.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HARVONI
Nombres de medicamentos	HARVONI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplican de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA. Recordatorio para la opción de 8 semanas si corresponde.
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HEMADY
Nombres de medicamentos	HEMADY
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HERCEPTIN
Nombres de medicamentos	HERCEPTIN
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	-
Información médica requerida	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 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. 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.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí

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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HERNEXEOS: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	HERNEXEOS
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

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	-
Información médica requerida	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 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. 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.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HETLIOZ
Nombres de medicamentos	HETLIOZ, TASIMELTEON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	Diferente de 24 horas: 18 años o más; SSM: 16 años o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un especialista en trastornos del sueño, un neurólogo o un psiquiatra, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HETLIOZ LQ
Nombres de medicamentos	HETLIOZ LQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	De los 3 a los 15 años
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un especialista en trastornos del sueño, un neurólogo o un psiquiatra, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO
Nombres de medicamentos	DIPYRIDAMOLE, KETOROLAC TROMETHAMINE, METHSCOPOLAMINE BROMIDE, METHYLDOPA, RYCLORA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HIZENTRA
Nombres de medicamentos	HIZENTRA
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HORIZANT
Nombres de medicamentos	HORIZANT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome de piernas inquietas: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: pramipexole O ropinirole de liberación rápida. Para la neuralgia posherpética: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la gabapentin genérica de absorción rápida.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: AMITRIPTYLINE
Nombres de medicamentos	AMITRIPTYLINE HCL, AMITRIPTYLINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Dolor neuropático, profilaxis de la cefalea tensional crónica, dolor de cuello crónico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine, o trazodone. Para todas las indicaciones: 1) El proveedor que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente, Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: ANTICONVULSIVOS
Nombres de medicamentos	PHENOBARBITAL, PHENOBARBITAL SODIUM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Epilepsia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: ANTIPARKINSONIANOS
Nombres de medicamentos	BENZTROPINE MESYLATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	EPS (síntomas extrapiramidales): 1) el paciente no probó el medicamento alternativo amantadine que no es HRM; Y 2) tiene una contraindicación al medicamento alternativo amantadine que no es HRM; O 3) probó el medicamento alternativo amantadine que no es HRM; Y 4) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo amantadine que no es HRM. Parkinson: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole. Para todas las indicaciones: 1) El proveedor que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente, Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: CARBINOXAMINE
Nombres de medicamentos	CARBINOXAMINE MALEATE, RYVENT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: CLEMASTINE
Nombres de medicamentos	CLEMASTINE FUMARATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: CYPROHEPTADINE
Nombres de medicamentos	CYPROHEPTADINE HCL, CYPROHEPTADINE HYDROCHLOR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Prurito, espasticidad debido a una lesión de la médula espinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la rinitis: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal. Para todas las indicaciones: 1) El proveedor que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente, Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: DOXEPIN
Nombres de medicamentos	DOXEPIN HCL, DOXEPIN HYDROCHLORIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine, o trazodone. Para la ansiedad: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada; Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada. Para todas las indicaciones: 1) El proveedor que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente, Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: GUANFACINE ER
Nombres de medicamentos	GUANFACINE HYDROCHLORIDE, INTUNIV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: GUANFACINE IR
Nombres de medicamentos	GUANFACINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: HYDROXYZINE
Nombres de medicamentos	HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE, HYDROXYZINE PAMOATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la ansiedad: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline, o venlafaxine de liberación prolongada; O 3) el paciente no probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine 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., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, 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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: HYDROXYZINE INYECTABLE
Nombres de medicamentos	HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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: clorazepate o lorazepam; Y 2) tiene una contraindicación a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam; O 3) probó uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam; Y 4) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepate o lorazepam. Para la ansiedad: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada; Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada; O 3) no probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada; Y 4) tiene ansiedad aguda.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: HIPNÓTICOS
Nombres de medicamentos	AMBIEN, AMBIEN CR, EDLUAR, ESZOPICLONE, LUNESTA, ZALEPLON, ZOLPIDEM TARTRATE, ZOLPIDEM TARTRATE ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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), doxepin (3 mg o 6 mg) y ramelteon; O b) el paciente ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos que no es HRM: doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos que no es HRM: doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y 2) el proveedor que emite la 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 (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el proveedor que emite la 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: MECLIZINE
Nombres de medicamentos	MECLIZINE HCL, MECLIZINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) El proveedor que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente, Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, 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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: PROMETHAZINE
Nombres de medicamentos	PHENERGAN, PROMETHAZINE HCL, PROMETHAZINE HYDROCHLORID, PROMETHEGAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la rinitis: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal. Para todas las indicaciones: 1) El proveedor que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente, Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, 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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS
Nombres de medicamentos	CARISOPRODOL, CYCLOBENZAPRINE HYDROCHLO, METAXALONE, METHOCARBAMOL, SOMA, TANLOR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El proveedor que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente, Y 2) Si el paciente está usando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) con el medicamento solicitado, el proveedor 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: TCA DOLOR NEUROPÁTICO
Nombres de medicamentos	DESIPRAMINE HYDROCHLORIDE, IMIPRAMINE HCL, IMIPRAMINE HYDROCHLORIDE, IMIPRAMINE PAMOATE, NORPRAMIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Dolor neuropático
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine, o trazodone. Para todas las indicaciones: 1) El proveedor que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente, Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HUMIRA
Nombres de medicamentos	HUMIRA, HUMIRA PLUMA, HUMIRA PLUMA-CD/UC/HS INICIAL, HUMIRA PLUMA-PS/UV INICIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Espondiloartritis axial no radiográfica, enfermedad de Behcet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo: 1) el paciente (pt) ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para methotrexate (MTX) O 2) el pt 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): 1) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el pt tiene una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (pacientes nuevos): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la uveítis no infecciosa intermedia, posterior y panuveítis (solo de inicio nuevo): 1) el pt experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide; O 2) el pt tiene una contraindicación que prohibiría probar corticoesteroides.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HYFTOR
Nombres de medicamentos	HYFTOR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HYPNOTIC BENZODIAZEPINES
Nombres de medicamentos	ESTAZOLAM, HALCION, TRIAZOLAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a dosis reducidas o utilizarlo con precaución o vigilarlo cuidadosamente). Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon, Y 3) Si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el proveedor que emite la receta ha determinado 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	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.
Tratamiento previo requerido	Si

Grupo de autorización previa	HYQVIA
Nombres de medicamentos	HYQVIA
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IBRANCE: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	IBRANCE
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IBSRELA
Nombres de medicamentos	IBSRELA
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IBTROZI: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	IBTROZI
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IBUPROFEN-FAMOTIDINE
Nombres de medicamentos	IBUPROFEN/FAMOTIDINE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ICATIBANT
Nombres de medicamentos	FIRAZYR, ICATIBANT ACETATE, SAJAZIR
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 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.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ICLUSIG
Nombres de medicamentos	ICLUSIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de FGFR1 o ABL1 en la fase crónica o fase blástica, tumores del estroma gastrointestinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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, O 4) el paciente no tiene mutación BCR-ABL1 identificable y resistencia a la terapia primaria con imatinib, bosutinib, dasatinib o nilotinib. 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) irresecable; 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	IDHIFA
Nombres de medicamentos	IDHIFA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Leucemia mieloide aguda de diagnóstico reciente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 lo rechaza; 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, O 4) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de consolidación.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ILARIS
Nombres de medicamentos	ILARIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 corticosteroides. Para las crisis de gota (continuación): el paciente experimentó una respuesta clínica positiva al tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ILUMYA
Nombres de medicamentos	ILUMYA
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 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., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	IMAAVY
Nombres de medicamentos	IMAAVY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miastenia grave generalizada (generalized myasthenia gravis, gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IMATINIB: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	GLEEVEC, IMATINIB MESYLATE
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMBRUVICA
Nombres de medicamentos	IMBRUVICA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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), metástasis cerebrales en el linfoma
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de células del manto: 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior 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, cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin y dexamethasone); 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 SNC 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IMDELLTRA
Nombres de medicamentos	IMDELLTRA
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IMFINZI
Nombres de medicamentos	IMFINZI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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 carboplatin; 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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es irresecable en estadio II o III; O 2) la enfermedad es resecable, recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IMJUDO
Nombres de medicamentos	IMJUDO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, cáncer gástrico y tipos de cáncer de la unión esofágica y esofagogástrica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IMKELDI
Nombres de medicamentos	IMKELDI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cordoma recurrente, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: el paciente no puede usar comprimidos de imatinib. 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	IMPAVIDO
Nombres de medicamentos	IMPAVIDO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Embarazo. Síndrome de Sjogren-Larsson.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	28 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IMVEXXY
Nombres de medicamentos	IMVEXXY PAQUETE DE MANTENIMIENTO, IMVEXXY PAQUETE DE INICIO
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	INBRIJA
Nombres de medicamentos	INBRIJA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	INCRELEX
Nombres de medicamentos	INCRELEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	INFLECTRA
Nombres de medicamentos	INFLECTRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Enfermedad de Behcet, hidradenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide de moderada a gravemente activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente (pt) cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX), b) el pt ha experimentado una intolerancia o contraindicación al MTX, Y 2) el pt cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX, b) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el pt ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O el pt ha experimentado una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (pacientes nuevos): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidrosadenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo para pacientes nuevos): 1) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento inmunosupresor para la uveítis O 2) pt tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de tratamiento inmunosupresor 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.
Tratamiento previo requerido	Sí

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

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

Grupo de autorización previa	IQIRVO
Nombres de medicamentos	IQIRVO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LIBERACIÓN INMEDIATA ANTES DE LIBERACIÓN PROLONGADA
Nombres de medicamentos	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
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	IRESSA
Nombres de medicamentos	GEFITINIB, IRESSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ISOTRETINOIN
Nombres de medicamentos	ABSORICA, ABSORICA LD, ACCUTANE, AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOIN, ZENATANE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Acné vulgar grave; 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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ISTURISA
Nombres de medicamentos	ISTURISA
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	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ITOVEBI: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	ITOVEBI
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IVERMECTIN COMPRIMIDO
Nombres de medicamentos	IVERMECTIN, STROMEKTOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Ascariasis; larva migratoria cutánea; mansoneliasis; sarna; gnathostomiasis; pediculosis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado no se receta para la prevención o el tratamiento de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IVIG
Nombres de medicamentos	ALYGLO, BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LIQUID, GAMMAGARD S/D IGA LESS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica 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.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	IWILFIN
Nombres de medicamentos	IWILFIN
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IZERVAY
Nombres de medicamentos	IZERVAY
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	JAKAFI
Nombres de medicamentos	JAKAFI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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, leucemia linfocítica granular de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la policitemia vera: 1) el paciente tiene una respuesta inadecuada, intolerancia o resistencia a la hidroxurea Y 2) el paciente cumple UNA de las siguientes condiciones: a) el paciente tiene una respuesta inadecuada o intolerancia a Besremi (ropeginterferon alfa-2b-njft), O b) el paciente 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 hydroxyurea, el tratamiento con interferon o la anagrelide. 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	JATENZO
Nombres de medicamentos	JATENZO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	JAYPIRCA
Nombres de medicamentos	JAYPIRCA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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). Para el linfoma de la zona marginal (marginal zone lymphoma, MZL): el paciente ha recibido un inhibidor covalente de la tirosina cinasa de Bruton (Bruton Tyrosine Kinase, BTK), por ejemplo, Calquence (acalabrutinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	JEMPERLI
Nombres de medicamentos	JEMPERLI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del cáncer colorrectal y el adenocarcinoma del intestino delgado: el paciente presenta enfermedad por deficiencia de reparación de errores de emparejamiento (dMMR)/inestabilidad microsatelital alta (MSI-H) o enfermedad con mutación de la polimerasa épsilon delta (POLE/POLD1). Para tumores sólidos: el paciente tiene una enfermedad con deficiencia en la reparación de errores de apareamiento (dMMR)/inestabilidad de microsatélites alta (MSI-H).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	JEVTANA
Nombres de medicamentos	JEVTANA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene un diagnóstico de cáncer de próstata metastásico resistente a la castración.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	JOENJA
Nombres de medicamentos	JOENJA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	JOURNAVX
Nombres de medicamentos	JOURNAVX
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	JUXTAPID
Nombres de medicamentos	JUXTAPID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 statin 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 statin o tenga una contraindicación al tratamiento con statin, 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	JYNARQUE
Nombres de medicamentos	JYNARQUE, TOLVAPTAN
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KALBITOR
Nombres de medicamentos	KALBITOR
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 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.
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KALYDECO
Nombres de medicamentos	KALYDECO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes de potenciadores de la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator, CFTR) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones de edad	1 mes de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KANJINTI
Nombres de medicamentos	KANJINTI
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	-
Información médica requerida	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 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. 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.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	KANUMA
Nombres de medicamentos	KANUMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KESIMPTA
Nombres de medicamentos	KESIMPTA
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KETOCONAZOLE
Nombres de medicamentos	KETOCONAZOLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Síndrome de Cushing
Criterios de exclusión	Enfermedad hepática aguda o crónica. Uso concomitante con medicamentos que están contraindicados con comprimidos de ketoconazole: dofetilide, quinidine, pimozide, cisapride, methadone, disopyramide, dronedarone, ranolazine, alcaloides ergóticos, irinotecan, lurasidone, midazolam por vía oral, alprazolam, triazolam, felodipine, nisoldipine, tolvaptan, eplerenone, lovastatin, simvastatin o colchicine.
Información médica requerida	Los posibles beneficios superan los riesgos del tratamiento con ketoconazole por vía oral. Para las infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene alguno de los siguientes diagnósticos: blastomycosis, coccidioidomycosis, histoplasmosis, cromomycosis o paracoccidioidomycosis. 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KETOPROFEN
Nombres de medicamentos	KETOPROFEN, KETOPROFEN ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	KEVEYIS
Nombres de medicamentos	DICHLORPHENAMIDE, KEVEYIS, ORMALVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 2 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KEVZARA
Nombres de medicamentos	KEVZARA
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 dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). 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; O 3) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar corticoesteroides. Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (inicio nuevo únicamente): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KEYTRUDA
Nombres de medicamentos	KEYTRUDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KHINDIVI
Nombres de medicamentos	KHINDIVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la insuficiencia corticosuprarrenal: 1) El paciente requiere una concentración que no está disponible en comprimidos de hydrocortisone O 2) el paciente tiene dificultad para tragar comprimidos de hydrocortisone.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KIMMTRAK
Nombres de medicamentos	KIMMTRAK
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KINERET
Nombres de medicamentos	KINERET
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Artritis idiopática juvenil sistémica, enfermedad de Still del adulto, enfermedad de Castleman multicéntrica, síndrome de Schnitzler, enfermedad de Erdheim-Chester.
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 dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KISQALI
Nombres de medicamentos	KISQALI, KISQALI FEMARA 400 DOSIS, KISQALI FEMARA 600 DOSIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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 letrozole, para tumores positivos para receptores de estrógeno
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KLISYRI
Nombres de medicamentos	KLISYRI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 fluorouracil.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KONVOME
Nombres de medicamentos	KONVOME
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 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	KORLYM
Nombres de medicamentos	KORLYM, MIFEPRISTONE
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	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KOSELUGO
Nombres de medicamentos	KOSELUGO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Glioma delimitado recurrente o progresivo positivo para la fusión del BRAF o mutación activadora V600E del gen BRAF, histiocitosis de células de Langerhans
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Para neurofibromatosis de tipo 1: 2 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KRAZATI
Nombres de medicamentos	KRAZATI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente positivo para KRAS G12C, metástasis cerebrales en el sistema nervioso central (SNC) de CPCNP positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma pancreático con KRAS G12C positivo, adenocarcinoma ampular positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma apendicular positivo para KRAS G12C, cáncer de las vías biliares positivo para KRAS G12C (colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático, cáncer de vesícula biliar)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KRISTALOSE
Nombres de medicamentos	KRISTALOSE, LACTULOSE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el estreñimiento: 1) el paciente tuvo 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	KRYSTEXXA
Nombres de medicamentos	KRYSTEXXA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 allopurinol], 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	KYPROLIS
Nombres de medicamentos	KYPROLIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma linfoplasmocítico, amiloidosis sistémica de cadenas ligeras
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LAMZEDE
Nombres de medicamentos	LAMZEDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LAPATINIB
Nombres de medicamentos	LAPATINIB DITOSYLATE, TYKERB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 aromatasa, 2) capecitabine 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LAZCLUZE
Nombres de medicamentos	LAZCLUZE
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LEMTRADA
Nombres de medicamentos	LEMTRADA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las formas recidivantes de esclerosis múltiple (MS) (p. ej., MS remitente-recidivante, 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	30 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LENVIMA
Nombres de medicamentos	LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA, LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA, LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA, LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA, LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA, LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA, LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA, LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Carcinoma medular de tiroides, carcinoma endometrial recurrente, carcinoma tímico, melanoma cutáneo irreseccable o metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 irreseccable, extrahepática/metastásica o confinada al hígado. 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. En el caso del carcinoma anaplásico de tiroides, el paciente cumple TODOS los criterios siguientes: 1) La enfermedad es metastásica, 2) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con pembrolizumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LEQSELVI
Nombres de medicamentos	LEQSELVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la alopecia areata grave (inicial): 1) el paciente tiene pérdida de cabello en el cuero cabelludo de al menos el 50% 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LEUKERAN
Nombres de medicamentos	LEUKERAN
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LEUKINE
Nombres de medicamentos	LEUKINE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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), neuroblastoma
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 mieloide; y 2) actualmente recibe o recibirá tratamiento mielosupresor contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LEUPROLIDE
Nombres de medicamentos	LEUPROLIDE ACETATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	CPP: el paciente debe tener menos 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LIBTAYO
Nombres de medicamentos	LIBTAYO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón no microcítico recurrente, cáncer de cuello uterino, cáncer de vulva, cáncer vaginal, adenocarcinoma de intestino delgado, carcinoma anal, cáncer de colon, adenocarcinoma apendicular, cáncer rectal.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 de útero, el cáncer de vagina, el cáncer de vulva y el carcinoma anal: el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para el cáncer de colon, el adenocarcinoma apendicular y el cáncer rectal: la enfermedad es una reparación deficiente de los errores de emparejamiento/inestabilidad microsatelital alta (dMMR/MSI-H) o polimerasa épsilon/delta (POLE/POLD1).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LIDOCAINE PARCHES
Nombres de medicamentos	LIDOCAINE, LIDOCAN, TRIDACAINE II, ZTLIDO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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]).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LITFULO
Nombres de medicamentos	LITFULO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LIVDELZI
Nombres de medicamentos	LIVDELZI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 Livdelzi.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LIVMARLI
Nombres de medicamentos	LIVMARLI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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). Para el tratamiento del prurito colestásico en un paciente con colestasis intrahepática familiar progresiva (progressive familial intrahepatic cholestasis, PFIC), (inicial): 1) el diagnóstico de PFIC se ha confirmado mediante pruebas genéticas; 2) el paciente no padece PFIC de tipo 2 con variantes ABCB11 que provoquen la ausencia total o no funcional de la proteína de bomba de exportación de sales biliares (bile salt export pump, BSEP); 3) el paciente no padece ninguna otra enfermedad hepática concomitante; Y 4) el paciente no ha recibido un trasplante de hígado. Para el tratamiento del prurito colestásico en un paciente con PFIC (continuación): el paciente ha experimentado un beneficio de la terapia (por ejemplo, mejora del prurito).
Restricciones de edad	Para el ALGS: 3 meses de edad o más, para la PFIC: 12 meses de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un hepatólogo o gastroenterólogo, o en consulta con estos.
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LIVTENCITY
Nombres de medicamentos	LIVTENCITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas, un especialista en trasplantes, un hematólogo o un oncólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LODOCO
Nombres de medicamentos	LODOCO
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LONSURF: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	LONSURF
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LOQTORZI
Nombres de medicamentos	LOQTORZI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Carcinoma nasofaríngeo (CNF) irresecable en combinación con cisplatino y gemcitabina
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del carcinoma nasofaríngeo (NPC): 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con cisplatino y gemcitabina Y la enfermedad es irresecable, metastásica, localmente avanzada o recurrente, O 2) el paciente cumple TODOS los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará como agente único, Y b) la enfermedad es recurrente, irresecable o metastásica, Y c) el paciente ha experimentado progresión de la enfermedad durante o después de una quimioterapia con platino.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LORBRENA
Nombres de medicamentos	LORBRENA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK); CPCNP metastásico, avanzado o recidivante positivo para el reordenamiento del protooncogén 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 CPCNP positivo para reordenamiento de la ALK, linfoma difundible de células B grandes positivo para ALK recidivante o resistente, linfoma periférico de células T recidivante o resistente al tratamiento ALK positivo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 uno de los siguientes: crizotinib, entrectinib o ceritinib, o repotrectinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LOREEV
Nombres de medicamentos	LOREEV XR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno 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 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 agentes 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) el proveedor que emite la 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 3) si el paciente está usando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el proveedor que emite la receta ha determinado que tomar múltiples 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	4 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LUCEMYRA
Nombres de medicamentos	LOFEXIDINE HYDROCHLORIDE, LUCEMYRA
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LUCENTIS
Nombres de medicamentos	LUCENTIS
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LUMAKRAS
Nombres de medicamentos	LUMAKRAS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente, localmente avanzado o metastásico positivo para KRAS G12C, cáncer colorrectal avanzado o irresecable positivo para KRAS G12C (incluido el adenocarcinoma apendicular), adenocarcinoma ampular progresivo positivo para KRAS G12C
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación de KRAS G12C.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LUMIZYME
Nombres de medicamentos	LUMIZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LUMRYZ
Nombres de medicamentos	LUMRYZ, LUMRYZ PAQUETE 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 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 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., amphetamine, dextroamphetamine, methylphenidate), O tiene una contraindicación que prohibiría probar fármacos estimulantes del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., amphetamine, dextroamphetamine, methylphenidate); b) si el pt es mayor de 18 años, 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 probar fármacos que estimulan el estado de 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.
Restricciones de edad	7 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	LUNSUMIO
Nombres de medicamentos	LUNSUMIO
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LUPKYNIS
Nombres de medicamentos	LUPKYNIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Uso en combinación con cyclophosphamide
Información médica requerida	Para la nefritis lúpica (NL): 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento inmunosupresor de base para la nefritis lúpica (por ejemplo, mycophenolate mofetil, corticoesteroides), O 2) el paciente tiene intolerancia o una contraindicación al régimen de tratamiento inmunosupresor de base para la nefritis lúpica, Y 3) para los arranques iniciales, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de NL de cualquiera de los siguientes: a) biopsia renal, b) positivo para autoanticuerpos relevantes para el lupus eritematoso sistémico (LES) (p. ej., anticuerpos antinucleares [ANA], anti-ADN bicatenario [ADN anti-ds], anti-Smith [anti-Sm], anticuerpos antifosfolipídicos, proteínas del complemento). Para la nefritis lúpica, continuación: el paciente recibe beneficios del tratamiento.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LUPRON PED
Nombres de medicamentos	LUPRON DEPOT-PED (1 MES), LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), LUPRON DEPOT-PED (6 MESES)
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	CPP: el paciente debe tener menos 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LUPRON-ENDOMETRIOSIS
Nombres de medicamentos	LUPRON DEPOT (1 MES), LUPRON DEPOT (3 MESES)
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la repetición del tratamiento de la endometriosis, el medicamento solicitado se utiliza en combinación con norethindrone acetate. 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Miomas: 3 meses, máximo de 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo de 12 meses en total. Otros: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LUPRON-PROSTATE CA
Nombres de medicamentos	LEUPROLIDE ACETATE, LUPRON DEPOT (1 MES), LUPRON DEPOT (3 MESES), LUPRON DEPOT (4 MESES), LUPRON DEPOT (6 MESES), LUTRATE DEPOT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	tumores malignos del cordón sexual y del estroma
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LYNOZYFIC
Nombres de medicamentos	LYNOZYFIC
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LYNPARZA: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	LYNPARZA
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LYRICA CR
Nombres de medicamentos	LYRICA CR, PREGABALIN ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 gabapentin genérico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LYTGOBI: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	LYTGOBI
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MARGENZA
Nombres de medicamentos	MARGENZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MAVENCLAD
Nombres de medicamentos	MAVENCLAD
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	60 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MAVYRET
Nombres de medicamentos	MAVYRET
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh [CTP]).
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA.
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MAYZENT
Nombres de medicamentos	MAYZENT, MAYZENT PAQUETE DE INICIO
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEGESTROL
Nombres de medicamentos	MEGESTROL ACETATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Caquexia relacionada con el cáncer en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la suspensión oral de megestrol de 40 miligramos por mililitro (40 mg/ml).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	MEKINIST
Nombres de medicamentos	MEKINIST
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman, tricoleucemia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para una mutación del gen BRAF, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como único agente o en combinación con dabrafenib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. 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 la tricoleucemia: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib, Y 2) el paciente no ha recibido tratamiento previo con inhibidores de 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 dabrafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEKTOVI
Nombres de medicamentos	MEKTOVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans, cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MEMANTINE
Nombres de medicamentos	MEMANTINE HCL TITRATION P, MEMANTINE HYDROCHLORIDE, MEMANTINE HYDROCHLORIDE E
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	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes menores de 30 años.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEPRON
Nombres de medicamentos	ATOVAQUONE, MEPRON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 sulfamethoxazole/trimethoprim (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 azithromycin.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Profilaxis secundaria de la toxoplasmosis: 6 meses; todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	METFORMIN ER
Nombres de medicamentos	METFORMIN HYDROCHLORIDE E
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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	-
Tratamiento previo requerido	Sí

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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	METHYLPHENIDATE
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MICO-ZN-PETR UNGÜENTO
Nombres de medicamentos	MICONAZOLE NITRATE/ZINC O, VUSION
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Se confirmó la presencia de infección por candidas mediante evaluación microscópica (evidencia microscópica de pseudohifas o gemación con hongos) antes de iniciar el tratamiento.
Restricciones de edad	Paciente pediátrico de 4 semanas de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MIGLUSTAT
Nombres de medicamentos	MIGLUSTAT, YARGESA, ZAVESCA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MIPLYFFA
Nombres de medicamentos	MIPLYFFA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, inicial: 1) el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que demostraron una variante del gen NPC1 o NPC2, 2) el paciente tiene manifestaciones neurológicas de la enfermedad (p. ej., pérdida de habilidades motoras finas, deglución, habla, deambulación), Y 3) el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con Aqneursa (levacetylleucine), Y 4) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con miglustat. Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, continuación: el paciente está experimentando beneficios de la terapia (p. ej., estabilización o mejora de las habilidades motoras finas, deglución, habla, deambulación).
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MIRCERA
Nombres de medicamentos	MIRCERA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Los requisitos con respecto a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial de anemia debido a enfermedad renal crónica (ERC): 1) el paciente tiene reservas adecuadas de hierro (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20%) Y 2) la hemoglobina (Hgb) antes del tratamiento (sin tratamiento con erythropoietin en el mes previo) es menor a 10 g/dl. Para las nuevas autorizaciones (el paciente recibió tratamiento con erythropoietin en el mes anterior): 1) el paciente recibió al menos 12 semanas de tratamiento con erythropoietin; Y 2) respondió al tratamiento con erythropoietin; Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dl; Y 4) el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	16 semanas
Otros criterios	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).
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	MIRVASO
Nombres de medicamentos	BRIMONIDINE TARTRATE, MIRVASO
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MODAFINIL
Nombres de medicamentos	MODAFINIL, PROVIGIL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Hipersomnia idiopática
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 ha confirmado mediante polisomnografía o prueba de apnea del sueño en casa (HSAT) con un dispositivo técnicamente adecuado. Para la hipersomnia idiopática, solicitud inicial, el diagnóstico ha sido confirmado por TODOS los siguientes: 1) el paciente experimentó 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 (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 hipersomnia idiopática, continuación del tratamiento: El paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con respecto al inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IDACIO: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	MODEYSO
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MONJUVI
Nombres de medicamentos	MONJUVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MOTPOLY XR
Nombres de medicamentos	MOTPOLY XR
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 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 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	MOUNJARO
Nombres de medicamentos	MOUNJARO
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MOZOBIL
Nombres de medicamentos	MOZOBIL, PLERIXAFOR
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	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MRESVIA
Nombres de medicamentos	MRESVIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores (ERRI) y la DARI grave causada por el virus respiratorio sincitial (VRS): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el VRS (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MULPLETA
Nombres de medicamentos	MULPLETA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MVASI
Nombres de medicamentos	MVASI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, 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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MYALEPT
Nombres de medicamentos	MYALEPT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Lipodistrofia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Obesidad generalizada no asociada con la lipodistrofia generalizada.
Información médica requerida	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 lipodistrofia (renovación): 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MYCAPSSA
Nombres de medicamentos	MYCAPSSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MIFEMBRE
Nombres de medicamentos	MIFEMBRE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	12 meses, máximo de 24 meses en total
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MYLOTARG
Nombres de medicamentos	MYLOTARG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Leucemia aguda promielocítica (acute promyelocytic leukemia, APL)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MYOBLOC
Nombres de medicamentos	MYOBLOC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Hiperhidrosis axilar primaria, hiperhidrosis palmar
Criterios de exclusión	Uso cosmético
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NAGLAZYME
Nombres de medicamentos	NAGLAZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NAPROXEN-ESOMEPRAZOLE
Nombres de medicamentos	NAPROXEN/ESOMEPRAZOLE MAG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	NEMLUVIO
Nombres de medicamentos	NEMLUVIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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. Para la dermatitis atópica (atopic dermatitis, AD), tratamiento inicial: 1) El paciente tiene enfermedad de moderada a grave, Y 2) Al menos el 10 % del área de la superficie corporal (ASC) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingles, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 3) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina O los corticosteroides tópicos e inhibidores tópicos de la calcineurina no son recomendables para el paciente. Para la AD, continuación del tratamiento: el paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
Restricciones de edad	PN: 18 años o más; AD: 12 años o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	PN, inicial: 6 meses; AD, inicial: 4 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NERLYNX
Nombres de medicamentos	NERLYNX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), metástasis cerebral del cáncer 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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NEULASTA
Nombres de medicamentos	NEULASTA, NEULASTA ONPRO KIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 mieloide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NEUPOGEN
Nombres de medicamentos	NEUPOGEN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndromes, MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NEUPRO
Nombres de medicamentos	NEUPRO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	NEXAVAR
Nombres de medicamentos	NEXAVAR, SORAFENIB TOSYLATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	NEXVIAZYME
Nombres de medicamentos	NEXVIAZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NGENLA
Nombres de medicamentos	NGENLA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Información médica requerida	Para la deficiencia 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.
Restricciones de edad	3 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NIKTIMVO
Nombres de medicamentos	NIKTIMVO
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NILOTINIB
Nombres de medicamentos	NILOTINIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	NINLARO
Nombres de medicamentos	NINLARO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente, macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma linfoplasmacítico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NITISINONE
Nombres de medicamentos	NITISINONE, ORFADIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 succinylacetone en orina), 2) pruebas genéticas (análisis de mutación), 3) ensayo de enzimas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NITYR
Nombres de medicamentos	NITYR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 succinylacetone en orina), 2) pruebas genéticas (análisis de mutación), 3) ensayo de enzimas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NIVESTYM
Nombres de medicamentos	NIVESTYM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndromes, MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NORITATE
Nombres de medicamentos	NORITATE
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 rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazole tópico genérico o al azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazole tópico genérico y azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NORTHERA
Nombres de medicamentos	DROXIDOPA, NORTHERA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NOXAFIL EN POLVO
Nombres de medicamentos	NOXAFIL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	De 2 a 18 años
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NOXAFIL SUSP
Nombres de medicamentos	NOXAFIL, POSACONAZOLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la candidiasis orofaríngea: el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al fluconazole.
Restricciones de edad	13 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Candidosis orofaríngea: 1 mes. Todas las demás indicaciones: 6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	NPLATE
Nombres de medicamentos	NPLATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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, 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Para la ITP: Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan; para HSARS: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NUBEQA
Nombres de medicamentos	NUBEQA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NUCALA
Nombres de medicamentos	NUCALA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para 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 theophylline de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o una contraindicación a dichos tratamientos. En caso de asma grave, continuación del tratamiento: 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 poliangitis (eosinophilic granulomatosis with polyangiitis, EGPA), tratamiento inicial: el paciente tiene antecedentes o la presencia de un recuento de eosinófilos de más de 1000 células por microlitro o un nivel de eosinófilos en sangre de más del 10%. 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 corticoesteroide oral, O 3) ausencia de vasculitis activa. Para el síndrome hipereosinofílico (HES), terapia 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-PDGFRα, 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 HES, continuación de la terapia: el paciente tiene una respuesta beneficiosa al tratamiento, como lo demuestra una reducción en las exacerbaciones del HES.
Restricciones de edad	Asma: 6 años o más; EGPA y CRSwNP: 18 años o más; HES: 12 años o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP): 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario; Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con Xhance (fluticasone).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	NUEDEXTA
Nombres de medicamentos	NUEDEXTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el efecto pseudobulbar (PBA), inicial: 1) El paciente tiene un diagnóstico de afecto pseudobulbar debido a una enfermedad o lesión neurológica subyacente Y 2) el paciente está experimentando episodios de PBA caracterizados por episodios involuntarios, repentinos y frecuentes de risa y/o llanto. Para la PBA (continuación): el paciente ha experimentado una disminución en los episodios de labilidad emocional (PBA) desde que comenzó el tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NUPLAZID
Nombres de medicamentos	NUPLAZID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NURTEC
Nombres de medicamentos	NURTEC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento contra la migraña aguda: 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 triptan. Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene-related peptide, CGRP). 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 3 meses; todas las demás indicaciones: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NYVEPRIA
Nombres de medicamentos	NYVEPRIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 mieloide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OCALIVA
Nombres de medicamentos	OCALIVA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 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 Ocaliva.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	OCREVUS
Nombres de medicamentos	OCREVUS
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OCREVUS ZUNOVO
Nombres de medicamentos	OCREVUS ZUNOVO
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OCTREOTIDE
Nombres de medicamentos	OCTREOTIDE ACETATE, SANDOSTATIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Control del tumor de timomas y carcinomas tímicos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ODACTRA
Nombres de medicamentos	ODACTRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	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.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	De los 12 a los 65 años
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ODOMZO
Nombres de medicamentos	ODOMZO
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OFEV
Nombres de medicamentos	OFEV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo de inicio nuevo): 1) se han excluido otras causas de fibrosis pulmonar, Y 2) el paciente cumple uno de los siguientes requisitos: 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 b) 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 efectuó una biopsia pulmonar. Para las enfermedades pulmonares intersticiales fibrosantes crónicas con un fenotipo progresivo (fibrosis pulmonar progresiva): el paciente tiene enfermedad progresiva confirmada (p. ej., disminución de la capacidad vital forzada [FVC], empeoramiento de los síntomas respiratorios, aumento del alcance de la fibrosis en la tomografía computarizada de alta resolución [HRCT]). Para el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis: el diagnóstico se confirmó mediante un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OGIVRI
Nombres de medicamentos	OGIVRI
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	-
Información médica requerida	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 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. 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.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OGSIVEO
Nombres de medicamentos	OGSIVEO
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OHTUVAYRE
Nombres de medicamentos	OHTUVAYRE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a DOS de los siguientes: budesonide/formoterol, fluticasone/salmeterol, Breo Ellipta (fluticasone/vilanterol), Incruse Ellipta (umeclidinium), Anoro Ellipta (umeclidinium/vilanterol), Bevespi (glycopyrrolate/formoterol), Serevent Diskus (salmeterol), Trelegy Ellipta (fluticasone/umeclidinium/vilanterol).
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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OJEMDA
Nombres de medicamentos	OJEMDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OJJAARA
Nombres de medicamentos	OJJAARA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OLUMIANT
Nombres de medicamentos	OLUMIANT
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 dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tylene (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	OMEGA-3
Nombres de medicamentos	LOVAZA, OMEGA-3-ACID ETHYL ESTERS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OMEPRazole-BICARB CÁPSULAS
Nombres de medicamentos	OMEPRazole/SODIUM BICARBO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Mantenimiento de la curación de la esofagitis erosiva: Plan anual, todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	OMEPRazole-BICARB EN POLVO
Nombres de medicamentos	OMEPRazole/SODIUM BICARBO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Mantenimiento de la curación de la esofagitis erosiva: Plan anual, todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OMNIPOD
Nombres de medicamentos	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INT, OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 POD, OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6, OMNIPOD DASH KIT DE INICIO (G, OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OMVOH
Nombres de medicamentos	OMVOH
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la colitis ulcerosa 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: Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Velsipity (etrasimod), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la enfermedad de Chron 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: Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ONAPGO
Nombres de medicamentos	ONAPGO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Parkinson avanzada, continuación: El paciente experimenta una mejora con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un neurólogo o en consulta con él
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ONCASPAR
Nombres de medicamentos	ONCASPAR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Linfoma extranganglionar de linfocitos T citolíticos naturales, leucemia agresiva de linfocitos NK (aggressive NK-cell leukemia, ANKL)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ONGENTYS
Nombres de medicamentos	ONGENTYS
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ONTRUZANT
Nombres de medicamentos	ONTRUZANT
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	-
Información médica requerida	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 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. 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.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ONUREG
Nombres de medicamentos	ONUREG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Linfoma de linfocitos T periféricos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OPDIVO
Nombres de medicamentos	OPDIVO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OPDIVO QVANTIG
Nombres de medicamentos	OPDIVO QVANTIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OPDUALAG
Nombres de medicamentos	OPDUALAG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Tratamiento sistémico prequirúrgico para el melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OPFOLDA
Nombres de medicamentos	OPFOLDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 (cipaglicosidasa 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OPIPZA
Nombres de medicamentos	OPIPZA
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 cumple con ambos de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar; O 2) el paciente no puede tragar formulaciones por vía oral. Para el tratamiento adyuvante de un trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD), 1) el paciente cumple con ambos de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, olanzapine, quetiapine; Y b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Rexulti, Vraylar; O 2) el paciente no puede tragar formulaciones por vía oral. Para el tratamiento de la irritabilidad asociada con el trastorno autista, 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, risperidone; O 2) el paciente no puede tragar formulaciones por vía oral. Para el tratamiento del trastorno de Tourette: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia al medicamento genérico aripiprazole; O 2) el paciente no puede tragar formulaciones por vía oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OPSUMIT
Nombres de medicamentos	OPSUMIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OPSYNVI
Nombres de medicamentos	OPSYNVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OPZELURA
Nombres de medicamentos	OPZELURA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	DA, NSV: 12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	DA, inicial: 3 meses; NSV, inicial: 7 meses; DA, NSV continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ORENCIA
Nombres de medicamentos	ORENCIA, ORENCIA CLICKJECT
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 dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa moderada a grave (inicio nuevo únicamente): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para un adulto con artritis psoriásica activa (inicio nuevo únicamente): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ORENITRAM
Nombres de medicamentos	ORENITRAM, ORENITRAM M KIT DE AJUSTE DE DOSIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ORGOVYX
Nombres de medicamentos	ORGOVYX
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ORIAHNN
Nombres de medicamentos	ORIAHNN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	12 meses, máximo de 24 meses en total
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ORILISSA
Nombres de medicamentos	ORILISSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	12 meses, máximo de 24 meses en total
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ORKAMBI
Nombres de medicamentos	ORKAMBI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística (cystic fibrosis, CF): el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes de potenciadores de la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator, CFTR) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ORLADEYO
Nombres de medicamentos	ORLADEYO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ORSERDU: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	ORSERDU
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OSPHENA
Nombres de medicamentos	OSPHENA
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OTEZLA
Nombres de medicamentos	OTEZLA
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 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 (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., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab). Para la artritis psoriásica (psoriatic arthritis, PsA) 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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OTREXUP
Nombres de medicamentos	OTREXUP
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Poliangitis microscópica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Incapacidad para preparar y administrar methotrexate genérico inyectable.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OXAZEPAM
Nombres de medicamentos	OXAZEPAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) El proveedor que emite la 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 es mejor evitarlo, prescribirlo a dosis reducidas, o usarlo con precaución o supervisarlo cuidadosamente). Y 2) Si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el prescriptor ha determinado 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]. Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, la ansiedad asociada a la depresión y el tratamiento de la 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad durante 1 mes; trastorno de ansiedad durante 4 meses; síndrome de abstinencia alcohólica: año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OXERVATE
Nombres de medicamentos	OXERVATE
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	8 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OXICONAZOLE
Nombres de medicamentos	OXICONAZOLE NITRATE, OXISTAT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a lo siguiente: 1) crema de clotrimazole Y 2) crema o champú de ketoconazole.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OXLUMO
Nombres de medicamentos	OXLUMO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OXTELLAR XR
Nombres de medicamentos	OXCARBAZEPINE ER, OXTELLAR XR
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 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.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OZEMPIC
Nombres de medicamentos	OZEMPIC
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PADCEV
Nombres de medicamentos	PADCEV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PALFORZIA
Nombres de medicamentos	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)
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Asma no controlada. Antecedentes de esofagitis eosinofílica. Otra enfermedad gastrointestinal eosinofílica.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Fase de aumento de dosis y fase de mantenimiento del tratamiento: 1 año de edad o más. Aumento escalonado de la dosis inicial: de 1 a 17 años de edad.
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PALYNZIQ
Nombres de medicamentos	PALYNZIQ
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PANRETIN
Nombres de medicamentos	PANRETIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Tratamiento tópico de lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado con el SIDA
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PAVBLU
Nombres de medicamentos	PAVBLU
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PEGASYS
Nombres de medicamentos	PEGASYS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	VHC: de 12 a 48 semanas. VHB: 48 semanas. Otro: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PEMAZYRE
Nombres de medicamentos	PEMAZYRE
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PERJETA
Nombres de medicamentos	PERJETA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PHENYLBUTYRATE
Nombres de medicamentos	BUPHENYL, OLPRUVA, PHEBURANE, SODIUM PHENYLBUTYRATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento crónico de los trastornos del ciclo de la urea (TCU): el diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PHESGO
Nombres de medicamentos	PHESGO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PIASKY
Nombres de medicamentos	PIASKY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PIMECROLIMUS
Nombres de medicamentos	ELIDEL, PIMECROLIMUS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Psoriasis en la cara, los genitales o los dobleces de la piel.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	PIQRAY
Nombres de medicamentos	PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA, PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA, PIQRAY 300 MG DOSIS DIARIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de mama recurrente con mutación de la subunidad alfa catalítica de la fosfatidilinositol-3-cinasa (PIK3CA), receptor hormonal (RH) positivo y receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo, en combinación con fulvestrant.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PLEGRIDY
Nombres de medicamentos	PLEGRIDY, PLEGRIDY PAQUETE DE INICIO
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	POLIVY
Nombres de medicamentos	POLIVY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	POLIFARMACIA: ACH
Nombres de medicamentos	AMOXAPINE, DICYCLOMINE HCL, DICYCLOMINE HYDROCHLORIDE, PAROXETINE, PAROXETINE HCL, PAROXETINE HCL ER, PAROXETINE HYDROCHLORIDE, PAXIL, PAXIL CR, PERPHENAZINE/AMITRIPTYLIN, PROMETHAZINE HYDROCHLORID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) con el medicamento solicitado, el proveedor 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	POMALYST
Nombres de medicamentos	POMALYST
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente al tratamiento, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el mieloma múltiple: el paciente recibió al menos dos tratamientos previos, incluido un agente inmunomodulador Y un inhibidor de la proteasoma.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	POMBILITI
Nombres de medicamentos	POMBILITI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PONVORY
Nombres de medicamentos	PONVORY, PONVORY PAQUETE DE INICIO DE 14 DÍAS
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	-
Tratamiento previo requerido	No

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

Grupo de autorización previa	PREGABALIN
Nombres de medicamentos	LYRICA, PREGABALIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Dolor neuropático relacionado con el cáncer, dolor neuropático relacionado con el tratamiento del cáncer
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: Si la solicitud es para la solución oral de Lyrica (pregabalin), el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación oral sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas). Para el manejo de la neuralgia posherpética y 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 gabapentin genérico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	PREVYMIS
Nombres de medicamentos	PREVYMIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	Trasplante de células madre: 6 meses de edad o más, trasplante de riñón: 12 años o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	7 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PRILOSEC EN POLVO
Nombres de medicamentos	PRILOSEC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Tratamiento y prevención de la úlcera gastrointestinal no esteroidea inducida por medicamentos antiinflamatorios, estenosis esofágicas, dispepsia, tratamiento de mantenimiento de úlceras duodenales, esófago de Barrett
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	PROCRIT: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	PROCRIT
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PROCYSBI
Nombres de medicamentos	PROCYSBI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 (cysteamine bitartrate de absorción rápida).
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	PROMACTA
Nombres de medicamentos	ELTROMBOPAG OLAMINE, PROMACTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 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, 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 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 (inicios nuevos): 1) el medicamento solicitado se utiliza para el inicio y el mantenimiento del tratamiento a base de interferon, 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 recibe tratamiento con interferon. Para la anemia aplásica (AA) grave (inicio nuevo): 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	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).
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	PULMOZYME
Nombres de medicamentos	PULMOZYME
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PYRUKYND
Nombres de medicamentos	PYRUKYND, PYRUKYND PAQUETE DE DISMINUCIÓN GRADUAL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 7 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PYZCHIVA
Nombres de medicamentos	PYZCHIVA
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 de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	QBREXZA
Nombres de medicamentos	QBREXZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	9 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	QELBREE
Nombres de medicamentos	QELBREE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 atomoxetine O dificultad para tragar cápsulas orales.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	QINLOCK
Nombres de medicamentos	QINLOCK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST) para enfermedad residual, irresecable, recurrente, progresiva o con rotura tumoral. Melanoma cutáneo metastásico o irresecable.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	QUDEXY XR
Nombres de medicamentos	TOPIRAMATE ER
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 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 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 la migraña: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de topiramate de absorción rápida.
Restricciones de edad	Epilepsia: 2 años o más, migraña: 12 años o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	QUETIAPINE XR
Nombres de medicamentos	QUETIAPINE FUMARATE ER, SEROQUEL XR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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, sertraline, 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: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine de liberación inmediata, risperidone, ziprasidone. 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: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine de liberación inmediata, risperidone, ziprasidone. 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: lurasidone, olanzapine, quetiapine 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 quetiapine 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: aripiprazole, olanzapine, quetiapine de liberación inmediata.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	QUININE SULFATE
Nombres de medicamentos	QUININE SULFATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Babesiosis, malaria por Plasmodium vivax sin complicaciones.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con clindamycin.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	QULIPTA
Nombres de medicamentos	QULIPTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene-related peptide, CGRP). 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	QUTENZA
Nombres de medicamentos	QUTENZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 gabapentin genérica o tiene una intolerancia o contraindicación para gabapentin.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	QUZYTIR
Nombres de medicamentos	QUZYTIR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	6 meses de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RADICAVA
Nombres de medicamentos	EDARAVONE, RADICAVA ORS, RADICAVA ORS KIT DE INICIAL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RAGWITEK
Nombres de medicamentos	RAGWITEK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	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.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	De los 5 a los 65 años
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RALDESY
Nombres de medicamentos	RALDESY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente no puede tragar comprimidos de trazodone.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	RASUVO
Nombres de medicamentos	RASUVO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Poliangitis microscópica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Incapacidad para preparar y administrar methotrexate genérico inyectable.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	RAVICTI
Nombres de medicamentos	RAVICTI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento crónico de los trastornos del ciclo de la urea (TCU): El diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REBIF
Nombres de medicamentos	REBIF, REBIF REBIDOSE, REBIF REBIDOSE AJUSTE, REBIF PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	REBLOZYL
Nombres de medicamentos	REBLOZYL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Talasemia beta: 16 semanas, síndromes mielodisplásicos: 24 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REBYOTA
Nombres de medicamentos	REBYOTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RECORLEV
Nombres de medicamentos	RECORLEV
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	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RELAFEN
Nombres de medicamentos	RELAFEN DS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el alivio de la osteoartritis y la artritis reumatoide: El paciente ha probado comprimidos de nabumetone genéricos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	RELEUKO
Nombres de medicamentos	RELEUKO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RELISTOR INYECTABLE: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	RELISTOR
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RELISTOR COMPRIMIDOS
Nombres de medicamentos	RELISTOR
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	4 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RELTONE
Nombres de medicamentos	RELTONE, URSODIOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	REMICADE
Nombres de medicamentos	INFLIXIMAB, REMICADE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Enfermedad de Behcet, hidradenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide de moderada a gravemente activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente (pt) cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX), b) el pt ha experimentado una intolerancia o contraindicación al MTX, Y 2) el pt cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX, b) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el pt ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O el pt ha experimentado una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (pacientes nuevos): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidrosadenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo para pacientes nuevos): 1) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento inmunosupresor para la uveítis O 2) pt tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de tratamiento inmunosupresor 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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	RENFLEXIS
Nombres de medicamentos	RENFLEXIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Enfermedad de Behcet, hidradenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide de moderada a gravemente activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente (pt) cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX), b) el pt ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación al MTX, Y 2) el pt cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX, b) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): 1) el pt ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O 2) el pt ha experimentado una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (pacientes nuevos): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidradenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo para pacientes nuevos): 1) el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento inmunosupresor para la uveítis O 2) pt tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de tratamiento inmunosupresor para la uveítis.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	REPATHA
Nombres de medicamentos	REPATHA, REPATHA SURECLICK
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RETACRIT
Nombres de medicamentos	RETACRIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Anemia debido a síndromes mielodisplásicos (MDS)
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mielóide.
Información médica requerida	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 erythropoietin 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 erythropoietin en el mes anterior) en todos los usos excepto cirugía: 1) el paciente recibió al menos 12 semanas de tratamiento con erythropoietin; Y 2) respondió al tratamiento con erythropoietin; 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%).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Anemia con ERC, zidovudine: Año del plan, todos los demás: 16 semanas
Otros criterios	La cobertura incluye el uso en casos de anemia en pacientes que no recibirán o no pueden recibir transfusiones de sangre (p. ej., por creencias religiosas). 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).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RETEVMO
Nombres de medicamentos	RETEVMO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) positivo para el reordenamiento recurrente del gen RET, metástasis cerebral del CPCNP 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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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, irresecable, 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	REVCOVI
Nombres de medicamentos	REVCOVI
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REVLIMID
Nombres de medicamentos	LENALIDOMIDE, REVLIMID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Amiloidosis sistémica de cadena ligera, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin la anomalía citogenética de eliminación 5q, 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 (SNC), 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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REVUFORJ
Nombres de medicamentos	REVUFORJ
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	REYVOW
Nombres de medicamentos	REYVOW
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 triptan Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Nurtec ODT (rimegepant) o Ubrelvy (ubrogepant).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	REZDIFFRA
Nombres de medicamentos	REZDIFFRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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]).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	El medicamento solicitado está siendo recetado por un gastroenterólogo o hepatólogo, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	Inicial: Año del plan, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	REZLIDHIA
Nombres de medicamentos	REZLIDHIA
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REZUROCK
Nombres de medicamentos	REZUROCK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RIABNI
Nombres de medicamentos	RIABNI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Los subtipos de linfomas que no son de Hodgkin [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extranodal de la zona marginal (EMZL) del estómago, EMZL de sitios no gástricos [no cutáneos]), 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 linfaticoproliferativo 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 refractaria, linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLD relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple remitente-recidivante, 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 pediátrica de células B maduras (B-AL), trastorno del espectro de la neuromielitis óptica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 methotrexate (MTX); O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) una respuesta al tratamiento insuficiente, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) una respuesta al tratamiento 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario: 3 meses; todas las demás: Año del plan
Otros criterios	El paciente tuvo un acontecimiento adverso intolerable a Truxima, y ese acontecimiento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la

Tratamiento previo requerido	información para prescribir. Sí
Grupo de autorización previa	RINVOQ: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	RINVOQ, RINVOQ LQ
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RITUXAN
Nombres de medicamentos	RITUXAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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, extranodal de la zona marginal (EMZL) del estómago, EMZL de sitios no gástricos [no cutáneos]), 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 refractaria, linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular, 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 remitente-recidivante, 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), trastorno del espectro de la neuromielitis óptica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 methotrexate (MTX); O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) una respuesta al tratamiento insuficiente, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) una respuesta al tratamiento 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario: 3 meses; todas las demás: Año del plan
Otros criterios	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.

Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	RITUXAN HYCELA
Nombres de medicamentos	RITUXAN HYCELA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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 ganglionar, esplénico, extranodal de la zona marginal (EMZL) del estómago, EMZL de sitios no gástricos (no cutáneos), 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 con predominio linfocítico nodular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RIVFLOZA
Nombres de medicamentos	RIVFLOZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ROLVEDON
Nombres de medicamentos	ROLVEDON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Síndrome hematopoyético del síndrome radioactivo agudo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ROMVIMZA
Nombres de medicamentos	ROMVIMZA
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ROZLYTREK
Nombres de medicamentos	ROZLYTREK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón recidivante de células no pequeñas (CPCNP) positivo para ROS1, tumores sólidos positivos para la fusión del gen receptor de tirosina cinasa neurotrófico (neurotrophic tyrosine receptor kinase, NTRK) no metastáticos, melanoma cutáneo positivo para fusión del gen ROS1
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RUBRACA: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	RUBRACA
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RUCONEST
Nombres de medicamentos	RUCONEST
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 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RUXIENCE
Nombres de medicamentos	RUXIENCE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Los subtipos de linfomas que no son de Hodgkin [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extranodal de la zona marginal (EMZL) del estómago, EMZL de sitios no gástricos [no cutáneos]) del estómago, EMZL de sitios no gástricos (no cutáneos), 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 linfoplasmaclítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), Síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave refractaria, linfoma de Hodgkin (linfocitos nodulares predominantes), linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), metástasis leptomeningea de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLD relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple remitente-recidivante, 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 pediátrica de células B maduras (B-AL), trastorno del espectro de la neuromielitis óptica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 methotrexate (MTX); O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) una respuesta al tratamiento insuficiente, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) una respuesta al tratamiento 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario: 3 meses; todas las demás: Año del plan
Otros criterios	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.

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa

RYBELSUS

Nombres de medicamentos

RYBELSUS

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

-

Tratamiento previo requerido

No

Grupo de autorización previa

RYBREVANT

Nombres de medicamentos

RYBREVANT

Indicador de indicación de PA

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

Usos no aprobados

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)

Criterios de exclusión

-

Información médica requerida

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.

Restricciones de edad

-

Restricciones de la persona que receta

-

Duración de la cobertura

Año del plan

Otros criterios

-

Tratamiento previo requerido

No

Grupo de autorización previa	RYDAPT
Nombres de medicamentos	RYDAPT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Reinducción de la enfermedad residual para AML, tratamiento de mantenimiento para AML, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos de FGFR1 o FLT3
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RYKINDO
Nombres de medicamentos	RYKINDO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Se ha establecido la tolerabilidad con risperidone oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	RYLAZE
Nombres de medicamentos	RYLAZE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RYSTIGGO
Nombres de medicamentos	RYSTIGGO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RYTELO
Nombres de medicamentos	RYTELO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	24 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	RYZNEUTA
Nombres de medicamentos	RYZNEUTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Síndrome hematopoyético del síndrome radioactivo agudo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SAMSCA
Nombres de medicamentos	SAMSCA, TOLVAPTAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hiponatremia hipervolémica y euvolémica: 1) El tratamiento con el medicamento solicitado se inició (o reanudó) en el hospital Y 2) El paciente cumple uno de los siguientes requisitos: a) sodio sérico inferior a 125 miliequivalentes por litro (mEq/L) o b) el sodio sérico fue inferior a 135 mEq/L con síntomas (p. ej., náuseas, vómitos, dolor de cabeza, letargo, confusión), Y 3) el paciente no recibirá el medicamento solicitado durante más de 30 días de forma continua.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	30 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SANDOSTATIN LAR
Nombres de medicamentos	OCTREOTIDE ACETATE, SANDOSTATIN LAR DEPOT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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 resecado, NET de grado 3 bien diferenciados con biología favorable, feocromocitoma y paraganglioma); y meningiomas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SANTYL
Nombres de medicamentos	SANTYL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para desbridar úlceras dérmicas crónicas y zonas gravemente quemadas, continuación: 1) la herida ha sido evaluada desde el inicio del tratamiento con el medicamento solicitado Y 2) el tejido de granulación no está bien establecido.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SAPHNELO
Nombres de medicamentos	SAPHNELO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Para los pacientes que recién comienzan el tratamiento: nefritis lúpica activa grave y lupus del sistema nervioso central activo grave.
Información médica requerida	Para el lupus eritematoso sistémico (LES) de moderado a grave: 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento estándar para el LES (por ejemplo, corticoesteroides, antipalúdico, o AINE) O 2) el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación al régimen de tratamiento estándar para el LES, Y 3) para los inicios iniciales, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de LES a partir de autoanticuerpos positivos relevantes para el LES (p. ej., anticuerpos antinucleares [ANA], anti-ADN bicatenario [ADN anti-ds], anti-Smith [anti-Sm], anticuerpos antifosfolipídicos, proteínas del complemento).
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SAPROPTERIN
Nombres de medicamentos	JAVYGTOR, KUVAN, SAPROPTERIN DIHYDROCHLORI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 2 meses; todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SARCLISA
Nombres de medicamentos	SARCLISA
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SAVELLA
Nombres de medicamentos	SAVELLA, SAVELLA PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibromialgia: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a duloxetine o pregabalin, O 2) el paciente tiene una contraindicación tanto para duloxetine como para pregabalin.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	SCEMBLIX
Nombres de medicamentos	SCEMBLIX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Neoplasias mieloides o linfáticas con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML) en fase crónica: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL; Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes requisitos: A) el paciente tiene un diagnóstico reciente de CML y tiene resistencia o intolerancia al imatinib, al dasatinib o al nilotinib; O B) el paciente ha tratado previamente la CML Y al menos uno de los tratamientos anteriores fue con imatinib, dasatinib o nilotinib; O C) el paciente tiene la mutación T315I; Y 3) el paciente no tiene las siguientes mutaciones: A337T, P465S y F359V/I/C.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SEROSTIM
Nombres de medicamentos	SEROSTIM
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 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, cyproheptadine 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	SEYSARA
Nombres de medicamentos	SEYSARA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 liberación prolongada) O 2) el paciente ha experimentado intolerancia a la doxycycline (regular o de liberación prolongada) o la minocycline (regular o de liberación prolongada)
Restricciones de edad	9 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SIGNIFOR
Nombres de medicamentos	SIGNIFOR
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	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SIGNIFOR LAR
Nombres de medicamentos	SIGNIFOR LAR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SILDENAFIL
Nombres de medicamentos	REVATIO, SILDENAFIL CITRATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SILDENAFIL INYECTABLE
Nombres de medicamentos	REVATIO, SILDENAFIL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	El paciente estaba recibiendo previamente Revatio o sildenafil por vía oral, pero ahora no puede tomar medicamentos orales por un tiempo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SILIQ
Nombres de medicamentos	SILIQ
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 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., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SIMPONI
Nombres de medicamentos	SIMPONI
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): 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX), a menos que el MTX esté contraindicado o no se tolere Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tysse (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la colitis ulcerosa de moderada a gravemente activa (inicios nuevos únicamente): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Velsipity (etrasimod), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis psoriásica activa (solo de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SIMPONI ARIA
Nombres de medicamentos	SIMPONI ARIA
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): 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con methotrexate (MTX), a menos que el MTX esté contraindicado o no se tolere Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para un adulto con artritis psoriásica activa (inicio nuevo únicamente): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (inicio nuevo únicamente): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SIRTURO: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	SIRTURO
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SKYCLARYS
Nombres de medicamentos	SKYCLARYS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la ataxia de Friedreich (Friedreich's ataxia, FRDA): 1) El paciente tiene una mutación genética confirmada en el gen de la frataxin (FXN), Y 2) el paciente exhibe 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).
Restricciones de edad	16 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un médico que se especializa en la ataxia de Friedreich o un neurólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SKYRIZI
Nombres de medicamentos	SKYRIZI, SKYRIZI PLUMA
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 de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SKYTROFA
Nombres de medicamentos	SKYTROFA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Información médica requerida	Para la deficiencia 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
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SOGROYA
Nombres de medicamentos	SOGROYA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: Paciente pediátrico con epífisis cerradas
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: 2.5 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SOLIRIS
Nombres de medicamentos	SOLIRIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 pt demostró una respuesta positiva a la terapia. 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 demostró una respuesta positiva a la terapia. 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 demostró una respuesta positiva a la terapia. 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 a la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SOMATULINE DEPOT
Nombres de medicamentos	LANREOTIDE ACETATE, SOMATULINE DEPOT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Control del tumor de tumores neuroendocrinos (neuroendocrine tumors, NET) (incluidos tumores de pulmón, timo, gastrinoma primario no resecado, NET de grado 3 bien diferenciados que no sean de origen gastroenteropancreático con biología favorable y feocromocitoma/paraganglioma)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SOMAVERT
Nombres de medicamentos	SOMAVERT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SOOLANTRA
Nombres de medicamentos	IVERMECTIN, SOOLANTRA
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 rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazole tópico genérico o al azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazole tópico genérico y azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	SOTYKTU
Nombres de medicamentos	SOTYKTU
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 de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SPEVIGO
Nombres de medicamentos	SPEVIGO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SPRAVATO
Nombres de medicamentos	SPRAVATO 56 MG DOSIS, SPRAVATO 84 MG DOSIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento inicial para la depresión resistente al tratamiento (treatment-resistant depression, TRD): 1) Diagnóstico confirmado de trastorno depresivo mayor grave (episodio único o recurrente) mediante escalas de evaluación estandarizadas que miden de forma fiable 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 inadecuada con una dosis terapéutica de, o intolerancia a, al menos dos fármacos antidepresivos durante el episodio depresivo actual. Para la TRD, continuación del tratamiento: mejora o mejora sostenida con respecto al inicio de los síntomas depresivos, según lo evidencian las escalas de evaluación estandarizadas que miden de forma fiable los síntomas depresivos. Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD) con pensamientos o comportamientos suicidas agudos: 1) Diagnóstico confirmado de trastorno depresivo mayor (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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	TRD inicial: 3 meses; TRD continuación: Año del plan; MDD: 1 mes
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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SPRYCEL: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	DASATINIB, SPRYCEL
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	STELARA
Nombres de medicamentos	STELARA, USTEKINUMAB
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 de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	STIMUFEND
Nombres de medicamentos	STIMUFEND
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 mieloide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	STIVARGA: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	STIVARGA
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	STRENSIQ
Nombres de medicamentos	STRENSIQ
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 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; 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]).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SUCRAID
Nombres de medicamentos	SUCRAID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SUNOSI
Nombres de medicamentos	SUNOSI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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., armodafinil, modafinil), O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos que estimulan la vigilia del SNC (p. ej., armodafinil, modafinil). 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 o prueba de apnea del sueño en casa (HSAT) con un dispositivo técnicamente adecuado; 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., armodafinil, modafinil), O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos que estimulan la vigilia del SNC (p. ej., armodafinil, modafinil). 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	SUSVIMO
Nombres de medicamentos	SUSVIMO
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	Recetado por un oftalmólogo o en consulta con este.
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SUTENT
Nombres de medicamentos	SUNITINIB MALATE, SUTENT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Carcinoma tiroideo (folicular, medular, papilar y oncocítico); sarcoma de tejidos blandos (subtipos de angiosarcoma, tumor fibroso solitario y sarcoma alveolar de partes blandas y condrosarcoma mixoide extraesquelético); cordoma recurrente; carcinoma tímico; neoplasias linfoides o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en fase crónica o blástica; feocromocitoma; paraganglioma; tumores neuroendocrinos bien diferenciados de grado 3
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SYFOVRE
Nombres de medicamentos	SYFOVRE
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SYLVANT
Nombres de medicamentos	SYLVANT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SYMDEKO
Nombres de medicamentos	SYMDEKO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes de potenciadores de la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator, CFTR) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SYMLIN
Nombres de medicamentos	SYMLINPEN 120, SYMLINPEN 60
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SYMPAZAN
Nombres de medicamentos	SYMPAZAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (Lennox-Gastaut syndrome, LGS): 2 años o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SYNAREL
Nombres de medicamentos	SYNAREL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	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.
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	CPP: Año del plan, endometriosis: máx. 6 meses en total
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TABLOID
Nombres de medicamentos	TABLOID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Leucemia linfocítica aguda (LLA), glioma circunscrito
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TABRECTA
Nombres de medicamentos	TABRECTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recidivante, NSCLC con intensificación de transición epitelial mesenquimatososa (mesenchymal-epithelial transition, MET) de alto nivel, metástasis cerebral del sistema nervioso central (SNC) del NSCLC con mutación del exón 14 de MET
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 mesenquimatososa (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TADALAFIL (BPH)
Nombres de medicamentos	CIALIS, TADALAFIL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Disfunción eréctil.
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	26 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TADALAFIL (PAH)
Nombres de medicamentos	ADCIRCA, ALYQ, TADALAFIL, TADLIQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TAFINLAR
Nombres de medicamentos	TAFINLAR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, tricoleucemia.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 agente 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 o neoadyuvante. 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 la tricoleucemia: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib; Y 2) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TAGRISSO
Nombres de medicamentos	TAGRISSO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 criterios: a) tiene NSCLC irresecable, metastásico, avanzado o recurrente (incluida metástasis cerebral o leptomeníngea del NSCLC); y b) tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR) sensibilizante; O 2) el paciente cumple con ambos de los siguientes criterios: 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 del EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TAKHZYRO
Nombres de medicamentos	TAKHZYRO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TALTZ
Nombres de medicamentos	TALTZ
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 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., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), 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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis psoriásica (psoriatic arthritis, PsA) 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: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (solo nuevos inicios): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TALZENNA
Nombres de medicamentos	TALZENNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de mama recurrente con mutación hereditaria del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TARGRETIN TOPICAL
Nombres de medicamentos	BEXAROTENE, TARGRETIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS); leucemia/linfoma de linfocitos T latente en adultos (ATLL); linfoma de zona marginal cutánea primaria; linfoma de centro folicular cutáneo primario
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TARPEYO
Nombres de medicamentos	TARPEYO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para pacientes con nefropatía por inmunoglobulina A (immunoglobulin A nephropathy, IgAN) primaria con riesgo de evolución de la enfermedad: 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	10 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TASCENSO
Nombres de medicamentos	TASCENSO ODT
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TASIGNA
Nombres de medicamentos	NILOTINIB HYDROCHLORIDE, TASIGNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TAVALISSE
Nombres de medicamentos	TAVALISSE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la trombocitopenia inmunitaria crónica (immune thrombocytopenia, ITP) (de inicios 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, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para la ITP (continuación): 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.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 12 semanas; continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TAVNEOS
Nombres de medicamentos	TAVNEOS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TAZAROTENE
Nombres de medicamentos	TAZAROTENE, TAZORAC
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 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TAZVERIK
Nombres de medicamentos	TAZVERIK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Sarcoma epitelioides: 16 años o más; linfoma folicular: 18 años o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ
Nombres de medicamentos	TECENTRIQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Mantenimiento con agente único para el cáncer de pulmón de células pequeñas extenso después del tratamiento combinado con etopósido y carboplatin; tratamiento posterior para mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de la túnica vaginal del testículo; carcinoma urotelial; cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) en estadio IIIB; cáncer de cuello uterino (carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino (small cell neuroendocrine carcinoma of the cervical, NECC) persistente, recurrente o metastásico, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma de células adenoescamosas del cuello uterino).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ HYBREZA
Nombres de medicamentos	TECENTRIQ HYBREZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de cuello uterino (carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino (NECC) persistente, recurrente o metastásico, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma de células adenoescamosas del cuello uterino), cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) en estadio IIIB, terapia posterior para mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de testículo tunica vaginalis, mantenimiento con agente único para cáncer de pulmón de células pequeñas extensivo tras tratamiento combinado con etopósido y carboplatino, cáncer de vejiga, carcinoma urotelial.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene una enfermedad 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TECFIDERA
Nombres de medicamentos	DIMETHYL FUMARATE, DIMETHYL FUMARATE PAQUETE DE INICIO, TECFIDERA, TECFIDERA PAQUETE DE INICIO
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TECVAYLI
Nombres de medicamentos	TECVAYLI
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TEMAZEPAM
Nombres de medicamentos	RESTORIL, TEMAZEPAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a dosis reducidas o utilizarlo con precaución o vigilarlo cuidadosamente). Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon, Y 3) Si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el proveedor que emite la receta ha determinado 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TEPEZZA
Nombres de medicamentos	TEPEZZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad ocular tiroidea: El paciente no recibió previamente 8 o más infusiones del medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un oftalmólogo o en consulta con este.
Duración de la cobertura	6 meses
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TEPMETKO
Nombres de medicamentos	TEPMETKO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recidivante, NSCLC con intensificación de transición epitelial mesenquimatososa (mesenchymal-epithelial transition, MET) de alto nivel, cáncer del sistema nervioso central (SNC) incluyendo metástasis cerebrales y leptomeníngeas por NSCLC positivo con mutación del exón 14 de MET
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 mesenquimatososa (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TERBINAFINE COMPRIMIDOS
Nombres de medicamentos	TERBINAFINE HCL
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 onicomycosis 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TERIPARATIDE: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	BONSITY, TERIPARATIDE
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE CYPIONATE INYECTABLE
Nombres de medicamentos	AZMIRO, DEPO-TESTOSTERONE, TESTOSTERONE CYPIONATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE ENANTHATE INYECTABLE
Nombres de medicamentos	TESTOSTERONE ENANTHATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE UNDECANOATE
Nombres de medicamentos	UNDECATREX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TETRABENAZINE
Nombres de medicamentos	TETRABENAZINE, XENAZINE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Trastornos de tics, discinesia tardía
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la corea asociada a la enfermedad de Huntington, inicial: el paciente debe cumplir con los dos requisitos siguientes: 1) el paciente muestra características de la exploración motora Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o un acontecimiento adverso intolerable a deutetrabenazine. Para la discinesia tardía, inicial: el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) el paciente muestra manifestación clínica de la enfermedad, Y 2) la enfermedad del paciente se ha evaluado mediante exploración clínica o con una herramienta de evaluación estructurada (p. ej., escala de movimiento involuntario anormal [AIMS], sistema de identificación de discinesia: escala condensada del usuario [DISCUS]), Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o un acontecimiento adverso intolerable a deutetrabenazine. Para el tratamiento de la discinesia tardía y el tratamiento de la corea asociada a la enfermedad de Huntington, continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TETRACYCLINE COMPRIMIDO
Nombres de medicamentos	TETRACYCLINE HYDROCHLORID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado un evento adverso intolerable a las cápsulas de tetracycline causado por un ingrediente inactivo que no está contenido en el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TEVIMBRA
Nombres de medicamentos	TEVIMBRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Carcinoma hepatocelular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para un carcinoma hepatocelular: 1) la enfermedad es irresecable, metastásica o extrahepática; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TEZSPIRE
Nombres de medicamentos	TEZSPIRE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el asma grave, tratamiento inicial: el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos 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 theophylline de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. En caso de asma grave, continuación del tratamiento: 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.
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	THALOMID
Nombres de medicamentos	THALOMID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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, meduloblastoma pediátrico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TIBSOVO
Nombres de medicamentos	TIBSOVO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Condrosarcoma convencional (grados 1 a 3) o indiferenciado; tipos de cáncer del sistema nervioso central (SNC) (astrocitoma, oligodendroglioma)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 rechaza o 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 O 4) la terapia se utilizará como terapia de consolidación. 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, residual o progresiva; Y 2) el paciente tiene oligodendroglioma o astrocitoma.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TIGLUTIK
Nombres de medicamentos	TIGLUTIK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TIVDAK
Nombres de medicamentos	TIVDAK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer vaginal metastásico o recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer vaginal: 1) la enfermedad es recurrente o metastásica; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TLANDO
Nombres de medicamentos	TLANDO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TOBI INHALADOR
Nombres de medicamentos	TOBI PODHALER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Bronquiectasia por fibrosis no quística
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TOBRAMYCIN
Nombres de medicamentos	BETHKIS, KITABIS PAK, TOBI, TOBRAMYCIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Bronquiectasia por fibrosis no quística
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística y la bronquiectasia por fibrosis no quística: 1) la <i>Pseudomonas aeruginosa</i> está presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente; O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en las vías respiratorias.
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TOBRAMYCIN INYECTABLE
Nombres de medicamentos	TOBRAMYCIN SULFATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente usará el medicamento solicitado por vía intramuscular o intravenosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TOFIDENCE
Nombres de medicamentos	TOFIDENCE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Enfermedad de Castleman, enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular 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: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación 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. Para el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis: el diagnóstico se confirmó mediante un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TOLSURA
Nombres de medicamentos	TOLSURA
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	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DOXEPIN TÓPICO
Nombres de medicamentos	DOXEPIN HYDROCHLORIDE, PRUDOXIN, ZONALON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un corticoesteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TOPICAL LIDOCAINE
Nombres de medicamentos	GLYDO, LIDOCAINE, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 (Food and Drug Administration, FDA) para uso tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	METRONIDAZOLE TÓPICO
Nombres de medicamentos	METROCREAM
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 rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazole tópico genérico o al azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazole tópico genérico y azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TACROLIMUS TÓPICO
Nombres de medicamentos	TACROLIMUS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Psoriasis en la cara, los genitales o los dobleces de la piel.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	Tacrolimus 0.03% 2 años de edad o más, tacrolimus 0.1% 16 años de edad o más.
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONAS TÓPICAS
Nombres de medicamentos	TESTIM, TESTOSTERONE, TESTOSTERONE BOMBA, VOGELXO, VOGELXO BOMBA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TRETINOIN TÓPICO
Nombres de medicamentos	ALTRENO, ATRALIN, CLINDAMYCIN PHOSPHATE/TRE, RETIN-A, RETIN-A MICRO, RETIN-A MICRO BOMBA, TRETINOIN, TRETINOIN MICROSPHERE, TWYNEO, ZIANA
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TOREMIFENE
Nombres de medicamentos	FARESTON, TOREMIFENE CITRATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Alargamiento congénito/adquirido del intervalo QT (síndrome de QT largo), hipopotasemia no corregida o hipomagnesemia no corregida.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRAZIMERA
Nombres de medicamentos	TRAZIMERA
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	-
Información médica requerida	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 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. 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.
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRELSTAR
Nombres de medicamentos	TRELSTAR MIXJECT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Disforia de género, cáncer de mama, tumores de las glándulas salivales, sarcoma uterino
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la disforia de género (GD): 1) el paciente es capaz de tomar una decisión informada para participar en el tratamiento, y 2) el paciente cumple UNA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará para la supresión hormonal puberal y el paciente ha alcanzado el estadio 2 de Tanner de la pubertad o superior, o b) el paciente está en proceso de transición de género, y el paciente recibirá el medicamento solicitado de forma concomitante con hormonas de reafirmación de género. En el caso del cáncer de mama, la paciente cumple 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). Para tumores de las glándulas salivales: 1) la enfermedad es positiva para el receptor de andrógenos, y 2) la enfermedad es recurrente, metastásica o irsecable. Para el sarcoma uterino: El medicamento solicitado se utiliza en combinación con un inhibidor de la aromatasa en pacientes premenopáusicas que no son adecuadas para la cirugía.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TREMFYA
Nombres de medicamentos	TREMFYA, TREMFYA PAQUETE DE INICIO FO
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 de moderada a grave (pacientes nuevos): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TREPROSTINIL INYECTABLE
Nombres de medicamentos	REMODULIN, TREPROSTINIL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRIENTINE
Nombres de medicamentos	SYPRINE, TRIENTINE HYDROCHLORIDE
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TRIESENCE
Nombres de medicamentos	TRIESENCE
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TRIKAFTA
Nombres de medicamentos	TRIKAFTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes de potenciadores de la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator, CFTR) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRINTELLIX
Nombres de medicamentos	TRINTELLIX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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), mirtazapine o bupropion.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TRODELVY
Nombres de medicamentos	TRODELVY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Carcinoma urotelial recurrente o metastásico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma urotelial, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior de cualquiera de los siguientes: 1) carcinoma urotelial 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TROKENDI XR
Nombres de medicamentos	TOPIRAMATE ER, TROKENDI XR
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 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 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 la migraña: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de topiramate de absorción rápida.
Restricciones de edad	Epilepsia: 6 años o más, migraña: 12 años o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TRUDHESA
Nombres de medicamentos	TRUDHESA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene UNA contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptan.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

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

Grupo de autorización previa	TRUXIMA
Nombres de medicamentos	TRUXIMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Los subtipos de linfomas que no son de Hodgkin [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extranodal de la zona marginal (EMZL) del estómago, EMZL de sitios no gástricos [no cutáneos], 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 linfaticoproliferativo 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 refractaria, linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLD relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple remitente-recidivante, 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 pediátrica de células B maduras, trastorno del espectro de la neuromielitis óptica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 methotrexate (MTX); O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) una respuesta al tratamiento insuficiente, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) una respuesta al tratamiento 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario: 3 meses; todas las demás: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Si

Grupo de autorización previa	TRYNGOLZA
Nombres de medicamentos	TRYNGOLZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome de quilomicronemia familiar (familial chylomicronemia syndrome, FCS) (p. ej., deficiencia de la lipoproteína lipasa (lipoprotein lipase deficiency, LPLD) o hiperlipoproteinemia tipo 1), inicial: 1) el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas en las que se detectaron mutaciones bialélicas en los genes que causan el FCS (p. ej., LPL, APOC2, APOA5, LMF1, GPIHBP1); Y 2) el paciente tiene un nivel de triglicéridos (TG) en ayunas superior o igual a 880 mg/dl. Para el FCS, continuación: el paciente demuestra una respuesta clínica positiva a la terapia (p. ej., reducción en el nivel de TG con respecto al inicio, menos episodios de pancreatitis aguda).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un endocrinólogo o lipidólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TRYPTYR
Nombres de medicamentos	TRYPTYR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TRYVIO
Nombres de medicamentos	TRYVIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión: 1) actualmente el paciente está tomando otros medicamentos antihipertensivos (p. ej., inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina [angiotensin converting enzyme inhibitor, ACEI], bloqueador del receptor de la angiotensina II [ARB], betabloqueador, bloqueador de los canales de calcio, diuréticos) en dosis máximas toleradas; Y 2) para la terapia inicial, la presión arterial del paciente no está controlada adecuadamente con su régimen actual. Para continuación: el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TUKYSA
Nombres de medicamentos	TUKYSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de las vías biliares positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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. Para el cáncer de las vías biliares: 1) el paciente tiene enfermedad irresecable o metastásica, Y 2) el paciente tiene enfermedad positiva para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TURALIO
Nombres de medicamentos	TURALIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 2) el paciente tiene cualquiera de los siguientes: a) enfermedad sintomática O b) enfermedad recidivante/resistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TYENNE
Nombres de medicamentos	TYENNE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Enfermedad de Castleman, enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 methotrexate (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. Para el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis: el diagnóstico se confirmó mediante un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TYMLOS
Nombres de medicamentos	TYMLOS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 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 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 bisphosphonate por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Total de por vida de 24 meses para fármacos análogos de la hormona paratiroidea
Otros criterios	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 prednisone) 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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TYRVAYA
Nombres de medicamentos	TYRVAYA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TYSABRI
Nombres de medicamentos	TYSABRI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TYVASO
Nombres de medicamentos	TYVASO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TYVASO DPI
Nombres de medicamentos	TYVASO DPI KIT DE MANTENIMIENTO, TYVASO DPI KIT DE AJUSTE DE DOSIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TZIELD
Nombres de medicamentos	TZIELD
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	8 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	UBRELVY
Nombres de medicamentos	UBRELVY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 triptan.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	UCERIS
Nombres de medicamentos	BUDESONIDE ER, UCERIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	2 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	UDENYCA
Nombres de medicamentos	UDENYCA, UDENYCA ONBODY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 mieloide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ULTOMIRIS
Nombres de medicamentos	ULTOMIRIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 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 demostró una respuesta positiva a la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	UPLIZNA
Nombres de medicamentos	UPLIZNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	UPTRAVI
Nombres de medicamentos	UPTRAVI, UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	V-GO
Nombres de medicamentos	V-GO 20, V-GO 30, V-GO 40
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VABYSMO
Nombres de medicamentos	VABYSMO
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VALCHLOR
Nombres de medicamentos	VALCHLOR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Leucemia/Linfoma de linfocitos T 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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VANFLYTA
Nombres de medicamentos	VANFLYTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Reinducción en pacientes con enfermedad residual para AML
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) La AML es positiva para la duplicación interna en tándem (DIT) de la tirosina cinasa tipo FMS 3 (FLT3) y 2) se utilizará medicamento para el tratamiento de inducción, reinducción, consolidación o mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VANRAFIA
Nombres de medicamentos	VANRAFIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	VEGZELMA
Nombres de medicamentos	VEGZELMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, 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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	VELCADE
Nombres de medicamentos	BORTEZOMIB, BORUZU, VELCADE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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
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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VELSIPITY
Nombres de medicamentos	VELSIPITY
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VEMLIDY
Nombres de medicamentos	VEMLIDY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	VENCLEXTA
Nombres de medicamentos	VENCLEXTA, VENCLEXTA PAQUETE DE INICIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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; AML de bajo riesgo, AML relacionada con el tratamiento, tratamiento de postinducción para AML tras respuesta al tratamiento previo de menor intensidad con el mismo régimen, 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, síndromes mielodisplásicos de alto riesgo, leucemia mielomonocítica crónica (CMML)-2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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) se utilizará para la terapia de inducción o consolidación en pacientes con AML de bajo riesgo o relacionada con la terapia O 3) el paciente tiene una enfermedad mieloide recidivante o resistente O 4) se utilizará para la terapia de postinducción para la LMA tras la respuesta a una terapia previa de menor intensidad con el mismo régimen. 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 uno de los siguientes: a) dexamethasone, b) dexamethasone y daratumumab c) dexamethasone con bortezomib, carfilzomib, o ixazomib 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VEOZAH
Nombres de medicamentos	VEOZAH
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VERKAZIA
Nombres de medicamentos	VERKAZIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para un estabilizador oftálmico de mastocitos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VERQUVO: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	VERQUVO
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VERSACLOZ
Nombres de medicamentos	VERSACLOZ
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 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: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VERZENIO
Nombres de medicamentos	VERZENIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de mama recurrente, cáncer de endometrio, en combinación con letrozole para tumor positivo para receptores de estrógeno.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es: a) avanzada, recurrente o metastásica; O b) cáncer de mama precoz 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 terapia endocrina o agente único; Y 4) la paciente experimentó un evento adverso intolerable o tiene una contraindicación a Kisqali (ribociclib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	VEVYE
Nombres de medicamentos	VEVYE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VIBERZI
Nombres de medicamentos	VIBERZI
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VICTOZA
Nombres de medicamentos	LIRAGLUTIDE, VICTOZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Para el control glucémico en la diabetes mellitus tipo 2: 10 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VIGABATRIN
Nombres de medicamentos	SABRIL, VIGABATRIN, VIGADRONE, VIGPODER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	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
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VIGAFYDE
Nombres de medicamentos	VIGAFYDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Espasmos infantiles: de 1 mes a 2 años de edad
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VIJOICE
Nombres de medicamentos	VIJOICE
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VIMIZIM
Nombres de medicamentos	VIMIZIM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 (GALNS) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VITRAKVI
Nombres de medicamentos	VITRAKVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VIVJOA
Nombres de medicamentos	VIVJOA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	La paciente tiene capacidad reproductiva.
Información médica requerida	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 fluconazole; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará por vía oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VIZIMPRO
Nombres de medicamentos	VIZIMPRO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VONJO
Nombres de medicamentos	VONJO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VOQUEZNA
Nombres de medicamentos	VOQUEZNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones excepto el tratamiento de la infección por <i>Helicobacter pylori</i> (H. pylori): 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). Para el tratamiento de la infección por H. pylori: Se ha demostrado o se sospecha que la infección es causada por bacterias susceptibles en función de lo siguiente: 1) Información sobre cultivo y susceptibilidad O 2) Epidemiología local y patrones de susceptibilidad.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Alivio de la acidez estomacal, curación de la EE, mantenimiento de la EE curada: 6 meses, H. pylori: 14 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	VOQUEZNA PAK
Nombres de medicamentos	VOQUEZNA DUAL PAK, VOQUEZNA TRIPLE PAK
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 infección por Helicobacter pylori (H. pylori): se ha demostrado o se sospecha firmemente que la infección está causada por bacterias susceptibles según: 1) cultivo e información de susceptibilidad O 2) epidemiología local y patrones de susceptibilidad.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	14 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VORANIGO
Nombres de medicamentos	VORANIGO
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VORICONAZOLE
Nombres de medicamentos	VFEND, VFEND IV, VORICONAZOLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente usará el medicamento solicitado por vía oral o intravenosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VOSEVI
Nombres de medicamentos	VOSEVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh)
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA.
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VOTRIENT: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	PAZOPANIB HYDROCHLORIDE, VOTRIENT
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VOWST
Nombres de medicamentos	VOWST
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VOXZOGO
Nombres de medicamentos	VOXZOGO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un endocrinólogo, genetista, neurólogo o especialista en displasia esquelética, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VOYDEYA
Nombres de medicamentos	VOYDEYA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 a la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VPRIV
Nombres de medicamentos	VPRIV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VTAMA
Nombres de medicamentos	VTAMA
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. Para la dermatitis atópica: el paciente cumple con uno 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, una intolerancia o una 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, una intolerancia o una contraindicación a un corticoesteroide tópico de potencia media o alta, o a un inhibidor tópico de la calcineurina.
Restricciones de edad	AD: 2 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VUMERITY
Nombres de medicamentos	VUMERITY
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYALEV
Nombres de medicamentos	VYALEV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para enfermedad de Parkinson avanzada: 1) el paciente tiene una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la carbidopa/levodopa oral, 2) el paciente tiene al menos 2.5 horas de tiempo “sin” tratamiento diario, Y 3) el paciente responde a la levodopa con períodos “con” claramente definidos. Para la enfermedad de Parkinson avanzada, continuación: El paciente experimenta una mejora con el medicamento solicitado.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VYEPTI
Nombres de medicamentos	VYEPTI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene-related peptide, CGRP). 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYKAT XR
Nombres de medicamentos	VYKAT XR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hiperfagia asociada al síndrome de Prader-Willi (inicial): 1) El paciente tiene hiperfagia (p. ej., sensación intensa y persistente de hambre, falta de saciedad normal, preocupación por los alimentos, un impulso extremo para consumir alimentos, problemas de comportamiento relacionados con los alimentos) Y 2) el diagnóstico del síndrome de Prader-Willi (PWS) se confirma mediante pruebas genéticas (p. ej., eliminación en la región cromosómica 15q11-q13, disomía uniparental materna en el cromosoma 15 o efectos de impronta, translocaciones o inversiones que afectan el cromosoma 15). Para hiperfagia asociada al síndrome de Prader-Willi (continuación): El paciente ha tenido una respuesta positiva al tratamiento (p. ej., reducción de la hiperfagia, reducción de la masa de grasa corporal, reducción de los niveles de leptina).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VYLOY
Nombres de medicamentos	VYLOY
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYNDAMAX
Nombres de medicamentos	VYNDAMAX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para una miocardiopatía amiloide por transtiretina variante o sin mutación (transthyretin amyloid cardiomyopathy, ATTR-CM), terapia inicial: 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 uno de los siguientes métodos: a) imágenes por ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal interventricular diastólica terminal que supere los 12 milímetros), o b) gammagrafía de la perfusión miocárdica con tecnecio; Y 3) el diagnóstico se ha confirmado mediante uno de los siguientes procedimientos: a) biopsia que confirma los depósitos de amiloide de transtiretina y la presencia de proteínas precursoras de transtiretina, b) gammagrafía ósea marcada con tecnecio positiva, Y se ha descartado la amiloidosis sistémica de cadenas ligeras mediante pruebas que muestran la ausencia de proteínas monoclonales (por ejemplo g., (p. ej., relación de cadenas ligeras libres kappa/lambda en suero, inmunofijación de proteínas en suero, inmunofijación de proteínas en orina), c) si la solicitud es para ATTR-CM variante, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtiretina (TTR). Para una ATTR-CM, continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYNDAQEL
Nombres de medicamentos	VYNDAQEL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para una miocardiopatía amiloide por transtiretina variante o sin mutación (transthyretin amyloid cardiomyopathy, ATTR-CM), terapia inicial: 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 uno de los siguientes métodos: a) imágenes por ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal interventricular diastólica terminal que supere los 12 milímetros), o b) gammagrafía de la perfusión miocárdica con tecnecio; Y 3) el diagnóstico se ha confirmado mediante uno de los siguientes procedimientos: a) biopsia que confirma los depósitos de amiloide de transtiretina y la presencia de proteínas precursoras de transtiretina, b) gammagrafía ósea marcada con tecnecio positiva, Y se ha descartado la amiloidosis sistémica de cadenas ligeras mediante pruebas que muestran la ausencia de proteínas monoclonales (por ejemplo g., (p. ej., relación de cadenas ligeras libres kappa/lambda en suero, inmunofijación de proteínas en suero, inmunofijación de proteínas en orina), c) si la solicitud es para ATTR-CM variante, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtiretina (TTR). Para una ATTR-CM, continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYVANSE
Nombres de medicamentos	LISDEXAMFETAMINE DIMESYLA, VYVANSE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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) que no sea lisdexamfetamine (p. ej., amphetamine, dextroamphetamine, methylphenidate).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VYVGART
Nombres de medicamentos	VYVGART
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYVGART HYTRULO
Nombres de medicamentos	VYVGART HYTRULO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Miastenia grave, inicial: 6 meses; todas las demás indicaciones: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	WAINUA
Nombres de medicamentos	WAINUA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	WAKIX
Nombres de medicamentos	WAKIX
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 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 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., amphetamine, dextroamphetamine, methylphenidate), O tiene una contraindicación que prohibiría probar fármacos estimulantes del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., amphetamine, dextroamphetamine, methylphenidate); b) si el pt es mayor de 18 años, 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 probar fármacos que estimulan el estado de 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.
Restricciones de edad	Cataplexia: 18 años o más, somnolencia diurna excesiva: 6 años o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	WELIREG
Nombres de medicamentos	WELIREG
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	WINLEVI
Nombres de medicamentos	WINLEVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación a un producto genérico para el acné (p. ej., clindamycin tópica, erythromycin tópica, retinoides tópicos u isotretinoin oral).
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	WINREVAIR
Nombres de medicamentos	WINREVAIR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	WYOST: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	WYOST
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XALKORI
Nombres de medicamentos	XALKORI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente; CPCNP con amplificación de MET de alto nivel, CPCNP recurrente, avanzado o metastásico con mutación de omisión del exón 14 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 irresecable con fusión del gen ROS1, sarcoma uterino metastásico o inoperable para IMT con translocación ALK
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes casos: 1) el paciente tiene CPCNP 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 CPCNP ROS-1 positivo recurrente, avanzado o metastásico, O 4) el paciente tiene CPCNP con amplificación de MET de alto nivel, O 5) el paciente tiene mutación de omisión del exón 14 de MET recurrente, avanzada o metastásica. 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	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	XDEMZY
Nombres de medicamentos	XDEMZY
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	-
Tratamiento previo requerido	No
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 artritis reumatoide activa de moderada a grave, espondilitis anquilosante activa y artritis idiopática juvenil de curso poliarticular activo (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) (por ejemplo, adalimumab, etanercept). 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) (por ejemplo, adalimumab). 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 (por ejemplo, adalimumab, etanercept); Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) no biológico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

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.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XENPOZYME
Nombres de medicamentos	XENPOZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XEOMIN
Nombres de medicamentos	XEOMIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Uso cosmético
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XERMELO
Nombres de medicamentos	XERMELO
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XGEVA
Nombres de medicamentos	XGEVA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipercalcemia o neoplasia maligna: la afección es resistente al tratamiento con bisphosphonate intravenosos (IV) o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con bisphosphonate IV.
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.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	XHANCE
Nombres de medicamentos	XHANCE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con el aerosol nasal genérico de fluticasone.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	XIFAXAN
Nombres de medicamentos	XIFAXAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (small intestinal bacterial overgrowth, SIBO)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Reducción del riesgo de recurrencia manifiesta de la HE: 6 meses; IBS-D y SIBO: 14 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XIPERE
Nombres de medicamentos	XIPERE
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	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XOLAIR: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	XOLAIR
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XOLREMDI
Nombres de medicamentos	XOLREMDI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XOSPATA
Nombres de medicamentos	XOSPATA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de FLT3, leucemia mieloide aguda (LMA) posterior al trasplante alogénico de células hematopoyéticas (TCH), en remisión.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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. Para la LMA con mutación FLT3: El medicamento solicitado se utilizará para uno de los siguientes: a) enfermedad recidivante o resistente al tratamiento, b) tratamiento de inducción, c) tratamiento posterior a la inducción después de la respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado, d) tratamiento de consolidación, e) tratamiento de mantenimiento en pacientes que están en remisión después de un trasplante alogénico de células hematopoyéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XPOVIO: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	XPOVIO, XPOVIO 60 MG DOS VECES A LA SEMANA, XPOVIO 80 MG DOS VECES A LA SEMANA
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XTANDI
Nombres de medicamentos	XTANDI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XYOSTED
Nombres de medicamentos	XYOSTED
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XYREM: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	SODIUM OXYBATE, XYREM
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XYWAV
Nombres de medicamentos	XYWAV
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 somnolencia diurna excesiva en un paciente (pt) con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: 1) El diagnóstico (dx) se confirmó mediante una evaluación de análisis de laboratorio del sueño; Y 2) el pt tiene 18 años o más, el pt ha experimentado 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 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.
Restricciones de edad	Narcolepsia: 7 años o más; hipersomnia idiopática: 18 años o más
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	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.
Tratamiento previo requerido	Si

Grupo de autorización previa	YCANTH
Nombres de medicamentos	YCANTH
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	YERVOY
Nombres de medicamentos	YERVOY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
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	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	YESINTEK
Nombres de medicamentos	YESINTEK
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 de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) En el momento del diagnóstico están afectadas zonas corporales cruciales (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, zonas intertriginosas) O 2) el paciente padece una psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico de primera línea (es decir, está afectado al menos el 10 % de la superficie corporal) O 3) está afectado al menos el 3 % de la superficie corporal y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (por ejemplo, UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	YONSA
Nombres de medicamentos	YONSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	YORVIPATH
Nombres de medicamentos	YORVIPATH
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	Hipoparatiroidismo posquirúrgico agudo (dentro de los 6 meses de la cirugía) y recuperación prevista del hipoparatiroidismo
Información médica requerida	Para el hipoparatiroidismo, inicial: antes del inicio, se ha confirmado o se confirmará que el calcio sérico corregido por albúmina del paciente es superior o igual a 7.8 mg/dl. Para el hipoparatiroidismo, continuación: el paciente está experimentando un beneficio de la terapia (por ejemplo, mantenimiento o normalización de los niveles de calcio sérico en comparación con el valor inicial).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	YUPELRI
Nombres de medicamentos	YUPELRI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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), Incruse Ellipta (umeclidinium), Anoro Ellipta (umeclidinium/vilanterol), Bevespi (glycopyrrolate/formoterol), Serevent Diskus (salmeterol), Trelegy Ellipta (fluticasone/umeclidinium/vilanterol).
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.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	YUTREPIA
Nombres de medicamentos	YUTREPIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) o la hipertensión pulmonar (pulmonary hypertension, PH) asociada con la enfermedad pulmonar intersticial (grupo 3 de la OMS): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para PAH, 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 2 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZALTRAP
Nombres de medicamentos	ZALTRAP
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer colorrectal irresecable
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal avanzado, irresecable o metastásico (incluido el adenocarcinoma apendicular): el medicamento solicitado se utilizará en combinación con FOLFIRI (fluorouracil, leucovorin e irinotecan) o irinotecan.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZARXIO
Nombres de medicamentos	ZARXIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndromes, MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZAVZPRET
Nombres de medicamentos	ZAVZPRET
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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-HT ₁ triptan Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Nurtec ODT (rimegepant) O Ubrelvy (ubrogepant).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ZEJULA
Nombres de medicamentos	ZEJULA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Leiomiomasarcoma uterino
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el leiomiomasarcoma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento posterior de segunda línea Y 2) la paciente tiene enfermedad con alteración de BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZELBORAF
Nombres de medicamentos	ZELBORAF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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 o neoadyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, 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 agente único o en combinación con cobimetinib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; o b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZELSUVMI
Nombres de medicamentos	ZELSUVMI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZEPOSIA
Nombres de medicamentos	ZEPOSIA, ZEPOSIA PAQUETE DE INICIO DE 7 DÍAS, ZEPOSIA 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 la colitis ulcerosa de moderada a gravemente activa (inicios nuevos únicamente): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Velsipity (etrasimod), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ZEPZELCA
Nombres de medicamentos	ZEPZELCA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de pulmón de células pequeñas recidivante, cáncer de pulmón de células pequeñas progresivo primario
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZIEXTENZO
Nombres de medicamentos	ZIEXTENZO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 mieloide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZIIHERA
Nombres de medicamentos	ZIIHERA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de las vías biliares (BTC): 1) el paciente tiene un diagnóstico de residuos brutos (R2) no extirpables resecados o metastásicos, 2) el paciente ha recibido un tratamiento previo, 3) el paciente es positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) (IHC [inmunohistoquímica] 3+), Y 4) el medicamento solicitado se utiliza como agente único.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZILBRYSQ
Nombres de medicamentos	ZILBRYSQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZILXI
Nombres de medicamentos	ZILXI
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 rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazole tópico genérico o al azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazole tópico genérico y azelaic acid tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ZIRABEV
Nombres de medicamentos	ZIRABEV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, 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 corioidopatía 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.
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.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZOLADEX
Nombres de medicamentos	ZOLADEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Disforia de género, tratamiento de la hemorragia uterina anovulatoria crónica (chronic anovulatory uterine bleeding, CAUB) con anemia grave, cáncer de ovario, cáncer de trompas de Falopio, cáncer peritoneal primario, tumores de las glándulas salivales, sarcoma uterino
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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): 1) el paciente es capaz de tomar una decisión informada para participar en el tratamiento, Y 2) el paciente cumple UNA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará para la supresión hormonal puberal y el paciente ha alcanzado el estadio 2 de Tanner de la pubertad o superior, o b) el paciente está en proceso de transición de género, y el paciente recibirá el medicamento solicitado de forma concomitante con hormonas de reafirmación de género. Para tumores de las glándulas salivales: 1) la enfermedad es positiva para el receptor androgénico Y 2) la enfermedad es recurrente, metastásica o irresecable. Para el sarcoma uterino: el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un inhibidor de la aromatasa en pacientes premenopáusicas que no sean adecuadas para la cirugía.
Restricciones de edad	Endometriosis: 18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Adelgazamiento endometrial: 3 meses. Endometriosis: máximo 6 meses en total. CAUB: 6 meses Otro: Año del plan
Otros criterios	La concentración de 10.8 mg no se aprueba para diagnósticos que no sean cáncer de mama o cáncer de próstata.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZOLINZA
Nombres de medicamentos	ZOLINZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Micosis fungoide (MF), síndrome de Sézary (SS)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZOLPIDEM
Nombres de medicamentos	ZOLPIDEM TARTRATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el insomnio: El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a los comprimidos de zolpidem de absorción rápida.
Restricciones de edad	Menos de 65 años de edad
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ZONISADE
Nombres de medicamentos	ZONISADE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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).
Restricciones de edad	16 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ZORYVE 0.15%
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 atópica leve a moderada, el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) Si 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 inadecuada al tratamiento, intolerancia, o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina O 2) Si el medicamento solicitado se receta para su uso en áreas no sensibles de la piel (o restantes), el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un corticosteroide tópico de potencia media o alta, o a un inhibidor tópico de la calcineurina.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ZORYVE 0.3% CREMA
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	-
Tratamiento previo requerido	Sí

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 ketoconazole 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	-
Tratamiento previo requerido	Sí
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	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZUNVEYL
Nombres de medicamentos	ZUNVEYL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la galantamine.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ZURZUVAE
Nombres de medicamentos	ZURZUVAE
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 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.).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZYDELIG
Nombres de medicamentos	ZYDELIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Linfoma linfocítico de células pequeñas (small lymphocytic lymphoma, SLL)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZYKADIA: REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de medicamentos	ZYKADIA
Indicador de indicación de PA	-
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZYNLONTA
Nombres de medicamentos	ZYNLONTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZYNYZ
Nombres de medicamentos	ZYNYZ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Carcinoma anal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células de Merkel: la enfermedad es metastásica, localmente avanzada o recurrente. Para el carcinoma anal: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZYPREXA RELPREVV
Nombres de medicamentos	ZYPREXA RELPREVV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Se ha establecido la tolerabilidad con olanzapine oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No