Criterios de PA

Grupo de autorización previa	ABIRATERONE
Nombres de medicamentos	ABIRATERONE ACETATE
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
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	-

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 metotrexato o ciclosporina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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, 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	-

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	-

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	-

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 H 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	-

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 (non-small cell lung cancer, NSCLC) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK), metástasis cerebral de NSCLC positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes (anaplastic large-cell lymphoma, ALCL) positivo para ALK, enfermedad de Erdheim-Chester (Erdheim-Chester Disease, ECD) con fusión de ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorias (inflammatory myofibroblastic tumors, IMT) con translocación de ALK, linfoma de células B grandes positivo para ALK
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 medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la extirpación del tumor.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALOSETRON
Nombres de medicamentos	ALOSETRON HYDROCHLORIDE
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	-

Grupo de autorización previa	ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR
Nombres de medicamentos	ARALAST NP, 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 micromol/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	-

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 (NSCLC) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK); metástasis cerebral de NSCLC positivo para ALK; tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK; enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK
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	-

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 e hipertensión, 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 interferón. Para trombocitopenia relacionada con la hepatitis C crónica (continuación): el paciente recibe tratamiento con interferón. Para la anemia aplásica (AA) grave (inicio nuevo): El paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento inmunodepresor.
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).

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	-

Grupo de autorización previa	AMBRISENTAN
Nombres de medicamentos	AMBRISENTAN
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	-

Grupo de autorización previa	AMPHETAMINES
Nombres de medicamentos	AMPHETAMINE/DEXTROAMPHETA
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	-

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., alopurinol) (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 colchicina 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., alopurinol) (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 colchicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

Grupo de autorización previa	ARMODAFINIL
Nombres de medicamentos	ARMODAFINIL
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 confirmó mediante polisomnografía.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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

Grupo de autorización previa	AUSTEDO
Nombres de medicamentos	AUSTEDO, AUSTEDO XR, AUSTEDO XR PATIENT TITRAT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Síndrome de Tourette
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	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), mirtazapina o bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

Grupo de autorización previa	B VS. D
Nombres de medicamentos	ABELCET, ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, ALBUTEROL SULFATE, AMPHOTERICIN B, AMPHOTERICIN B LIPOSOME, APREPITANT, ASTAGRAF XL, AZACITIDINE, AZATHIOPRINE, BENDAMUSTINE HYDROCHLORID, BENDEKA, BUDESONIDE, CALCITONIN-SALMON, CALCITRIOL, CARBOPLATIN, 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, CLINISOL SF 15 %, CLINOLIPID, CROMOLYN SODIUM, CYCLOPHOSPHAMIDE, CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR, CYCLOSPORINE, CYCLOSPORINE MODIFIED, CYTARABINE AQUEOUS, DEXTROSE 50 %, DEXTROSE 70 %, DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID, DOCETAXEL, DOCIVYX, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, ENGERIX-B, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FIASP PUMPCART, FLUOROURACIL, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINE HCL, GEMCITABINE HYDROCHLORIDE, GENGRAF, GRANISETRON HYDROCHLORIDE, HEPARIN SODIUM, HEPLISAV-B, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, IBANDRONATE SODIUM, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), INTRALIPID, IPRATROPIUM BROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUT, IRINOTECAN, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE, JYLAMVO, JYNNEOS, KADCYLA, LEUCOVORIN CALCIUM, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, LEVALBUTEROL HYDROCHLORID, LEVOCARNITINE, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE, LIDOCAINE/PRILOCAINE, METHOTREXATE, METHOTREXATE SODIUM, METHYLPREDNISOLONE, METHYLPREDNISOLONE ACETAT, METHYLPREDNISOLONE SODIUM, MORPHINE SULFATE, MYCOPHENOLATE MOFETIL, MYCOPHENOLIC ACID DR, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, ONDANSETRON HYDROCHLORIDE, ONDANSETRON ODT, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PACLITAXEL PROTEIN-BOUND, PAMIDRONATE DISODIUM, PARICALCITOL, PEMETREXED, PENTAMIDINE ISETHIONATE, PLENAMINE, PREDNISOLONE, PREDNISOLONE SODIUM PHOSP, PREDNISONE, PREDNISONE INTENSOL, PREMASOL, PROGRAF, PROSOL, RABAVERT, RECOMBIVAX HB, SIROLIMUS, TACROLIMUS, TENIVAC, TPN ELECTROLYTES, TRAVASOL, TROPHAMINE, VINCRISTINE SULFATE, VINORELBINE TARTRATE, XATMEP, ZOLEDRONIC ACID.
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.

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	BANZEL
Nombres de medicamentos	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	-

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 diseminado (systemic lupus erythematosus, SLE): 1) el paciente actualmente recibe un régimen estable de tratamiento estándar para el SLE (p. ej., corticoesteroides, antipalúdicos o AINE); O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento estándar para el SLE. Para la nefritis lúpica: 1) el paciente actualmente recibe un régimen estable de tratamiento estándar para la nefritis lúpica (p. ej., corticoesteroides, ciclofosfamida, mofetilo de micofenolato o azatioprina); O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento estándar para la nefritis lúpica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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-sulfotransferase 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (myoferlin, MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
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	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	BEXAROTENE
Nombres de medicamentos	BEXAROTENE
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) cutáneas positivas para CD30; papulosis linfomatoide (lymphomatoid papulosis, LyP) positiva para CD30
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BOSENTAN
Nombres de medicamentos	BOSENTAN
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 de solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) si la solicitud es para un paciente adulto, el paciente debe cumplir con las dos condiciones a continuación: a) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood; y b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para ambrisentán (Letairis).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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 para el melanoma cutáneo, adenocarcinoma apendicular, NSCLC 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. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como único fármaco o en combinación con binimetinib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) El tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con binimetinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

Grupo de autorización previa	BRONCHITOL
Nombres de medicamentos	BRONCHITOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRUKINSA
Nombres de medicamentos	BRUKINSA
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 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	-

Grupo de autorización previa	BUDESONIDE CAP
Nombres de medicamentos	BUDESONIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Inducción y mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica en adultos, hepatitis autoinmunitaria
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica: el paciente tuvo una recurrencia de los síntomas después de la interrupción del tratamiento de inducción.
Restricciones de edad	Enfermedad de Crohn, tratamiento: 8 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Hepatitis autoinmunitaria, colitis microscópica, mantenimiento: 12 meses; todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-

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 de células no pequeñas; sarcoma de Ewing; osteosarcoma; tumor del estroma gastrointestinal; carcinoma endometrial
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 (radiactive 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	-

Grupo de autorización previa	CALCIPOTRIENE
Nombres de medicamentos	CALCIPOTRIENE, CALCITRENE, ENSTILAR
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	-

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 gástricas, 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	-

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	-

Grupo de autorización previa	CARBAGLU
Nombres de medicamentos	CARGLUMIC ACID
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 N-acetilglutamato sintasa (NAGS): El diagnóstico de insuficiencia de NAGS 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	-

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	-

Grupo de autorización previa	CEQUR
Nombres de medicamentos	CEQUR SIMPLICITY 2U, CEQUR 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	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	CLOBAZAM
Nombres de medicamentos	CLOBAZAM
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	-

Grupo de autorización previa	CLOMIPRAMINE
Nombres de medicamentos	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), mirtazapina o bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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: La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: el uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). Para el manejo de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se utiliza en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para tratar los síntomas del trastorno de ansiedad; O 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS fármacos de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI).
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.

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	-

Grupo de autorización previa	COBENFY
Nombres de medicamentos	COBENFY, COBENFY STARTER PACK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	COSENTYX
Nombres de medicamentos	COSENTYX, COSENTYX SENSOREADY PEN, 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) se ve afectada al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuero cabelludo, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción prolongada). Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (inicio nuevo únicamente): el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE); O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para los AINE. Para un adulto con artritis psoriásica (PsA) activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción prolongada). Para la hidrosadenitis supurativa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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

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	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	DALFAMPRIDINE
Nombres de medicamentos	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, el paciente debe cumplir con lo siguiente (para inicio nuevo): antes de iniciar el tratamiento, el paciente demuestra deterioro continuo de la marcha. Para la esclerosis múltiple (continuación): el paciente debe haber experimentado una mejora en la velocidad para caminar U otra medición objetiva de la capacidad para caminar desde que comenzó a tomar el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DANZITEN
Nombres de medicamentos	DANZITEN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Leucemia linfocítica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Philadelphia chromosome positive acute lymphoblastic leukemia, Ph+ ALL), sinovitis vellonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes
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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DARAPRIM
Nombres de medicamentos	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 Pneumocystis jirovecii, tratamiento de cistoisosporiasis y profilaxis secundaria
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis primaria de toxoplasmosis y la profilaxis de neumonía por Pneumocystis jirovecii (Pneumocystis jirovecii pneumonia, PCP): 1) El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX); Y 2) el paciente tuvo un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 3 meses. Para la profilaxis secundaria de toxoplasmosis: El paciente tuvo un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses. Para el tratamiento de la cistoisosporiasis: El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para TMP-SMX. Para la profilaxis secundaria de cistoisosporiasis: 1) El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para TMP-SMX; Y 2) el paciente tuvo un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses.
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 cistoisosporiasis: 6 meses
Otros criterios	-

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), la AML recidivante/resistente como componente de la repetición del régimen inicial de inducción exitoso
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el medicamento solicitado debe usarse en combinación con citarabina; 2) el paciente tiene 75 años o más O tiene comorbilidades que impiden la quimioterapia intensiva; Y 3) el medicamento solicitado se usará como tratamiento para la terapia de inducción, terapia posterior a la inducción/de consolidación o enfermedad recidivante o resistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DEFERASIROX
Nombres de medicamentos	DEFERASIROX
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	-

Grupo de autorización previa	DEMSER
Nombres de medicamentos	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	-

Grupo de autorización previa	DEXMETHYLPHENIDATE
Nombres de medicamentos	DEXMETHYLPHENIDATE HCL, DEXMETHYLPHENIDATE HYDROC
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	-

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, eritromicina, claritromicina).
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 triptano.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

Grupo de autorización previa	DIAZEPAM
Nombres de medicamentos	DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL
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: La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: el uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). Para el manejo de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se utiliza en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para tratar los síntomas del trastorno de ansiedad; O 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS fármacos de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI).
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.

Grupo de autorización previa	DOPTELET
Nombres de medicamentos	DOPTELET
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. Para la trombocitopenia inmunitaria (immune thrombocytopenia, ITP) crónica (de inicio nuevo): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo, como corticosteroides o inmunoglobulinas; Y 2) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O de 30,000/mcl a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad ulcerosa péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para la ITP (continuación): respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) El recuento actual de plaquetas es menor o igual a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es mayor a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl, y la dosificación se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Enfermedad hepática crónica: 1 mes, ITP inicial: 6 meses, ITP continuación: Año del plan
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	1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetina; O 2) el paciente no puede tomar cápsulas de duloxetina por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar cápsulas, requiere administración mediante sonda nasogástrica).
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	-

Grupo de autorización previa	DUPIXENT
Nombres de medicamentos	DUPIXENT
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 (atopic dermatitis, AD), tratamiento inicial: 1) El paciente tiene una enfermedad de moderada a grave; Y 2) el paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con un corticoesteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina, O los corticoesteroides tópicos y los inhibidores tópicos de la calcineurina no son aconsejables para el paciente. Para la AD, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el asma dependiente de corticoesteroide oral, tratamiento inicial: El paciente tiene un control insuficiente del asma a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos: 1) corticoesteroide inhalado de dosis alta Y 2) control adicional (es decir, agonistas beta2 de acción prolongada [long acting beta2-agonist, LABA], antagonista muscarínico de acción prolongada [long-acting muscarinic antagonist, LAMA], modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. Para el asma de moderada a grave, tratamiento inicial: El paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro y su asma sigue estando mal controlada a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos: 1) corticoesteroide inhalado de dosis media a alta Y 2) control adicional (es decir, LABA, LAMA, modificador de leucotrieno o teofilina de absorción sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o una contraindicación a dichos tratamientos. Para el asma, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción en la frecuencia o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral. Para la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (chronic rhinosinusitis with nasal polyposis, CRSwNP): O1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario; Y 2) para pacientes de 18 años o más, el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con Xhance (fluticasona).
Restricciones de edad	Dermatitis atópica: 6 meses de edad o más, asma: 6 años de edad o más, rinosinusitis crónica con poliposis nasal: 12 años de edad o más, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y prurigo nodular: 18 años de edad o más, esofagitis eosinofílica: 1 año de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	AD, inicial: 4 meses; PN, inicial: 6 meses, todos los demás: Año del plan

Otros criterios	Para la esofagitis eosinofílica (EoE), tratamiento inicial: 1) El diagnóstico se confirmó mediante biopsia esofágica caracterizada por 15 eosinófilos esofágicos intraepiteliales o más por campo de alta potencia; Y 2) el paciente exhibe manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, disfagia); Y 3) el paciente pesa al menos 15 kilogramos; Y 4) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un corticoesteroide tópico. Para la EoE, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el prurigo nodular (PN), tratamiento inicial: El paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con un corticoesteroide tópico O los corticoesteroides tópicos no son aconsejables para el paciente. Para el PN, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tratamiento inicial: 1) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) actualmente está recibiendo terapia triple inhalada estándar (es decir, glucocorticoides inhalados, LAMA y LABA) o b) actualmente está recibiendo LAMA y LABA, y tiene una contraindicación para glucocorticoides inhalados; Y 2) el paciente tiene un recuento absoluto de eosinófilos en sangre de al menos 300 células por microlitro antes de iniciar el tratamiento. Para EPOC, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
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 recurrentes de las glándulas salivales con receptor de andrógenos positivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	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, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y experimentó menos días con migraña al mes con respecto al inicio. Para la cefalea ocasional en brotes, inicial: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un agonista del receptor 5-HT1 triptano. Para cefalea ocasional en brotes, continuación: El paciente recibió el medicamento solicitado durante al menos 3 semanas de tratamiento y tuvo una reducción en la frecuencia de los ataques de cefalea ocasional en brotes semanales con respecto al inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-

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, ISSRI), mirtazapina o bupropión; 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	-

Grupo de autorización previa	ENDARI
Nombres de medicamentos	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	-

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 Infeccionas (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	-

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	-

Grupo de autorización previa	EPRONTIA
Nombres de medicamentos	EPRONTIA
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	-

Grupo de autorización previa	ERGOTAMINE
Nombres de medicamentos	ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFE
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, eritromicina, claritromicina).
Información médica requerida	El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista del 5-HT1 triptano.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERIVEDGE
Nombres de medicamentos	ERIVEDGE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Meduloblastoma en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el meduloblastoma en adultos: el paciente recibió tratamiento sistémico previo Y tiene tumores con mutaciones en la vía de señalización Sonic Hedgehog.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
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	-

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	-

Grupo de autorización previa	ESBRIET
Nombres de medicamentos	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) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, HRCT) del tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (usual interstitial pneumonia, UIP); O 2) el estudio de HRCT del tórax revela un resultado que no es el patrón UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para UIP), y el diagnóstico está respaldado por una biopsia pulmonar o por un análisis multidisciplinario entre al menos un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se realizó una biopsia pulmonar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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 inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas]). Para la hidradenitis supurativa (solo de inicio nuevo): el paciente tiene enfermedad grave resistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EVEROLIMUS
Nombres de medicamentos	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 linfangioliomiomatosis), 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	-

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 con CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) el diagnóstico de enfermedad de Fabry se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas O 2) el paciente es un portador sintomático obligado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FANAPT
Nombres de medicamentos	FANAPT, FANAPT TITRATION PACK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, 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	-

Grupo de autorización previa	FASENRA
Nombres de medicamentos	FASENRA, FASENRA PEN
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 teofilina 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 por ciento. Para la EGPA, continuación del tratamiento: el paciente tiene una respuesta beneficiosa al tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra cualquiera de los siguientes: 1) una reducción en la frecuencia de recaídas, 2) una reducción en la dosis diaria de 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	-

Grupo de autorización previa	FENTANYL PATCH
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	-

Grupo de autorización previa	FETZIMA
Nombres de medicamentos	FETZIMA, FETZIMA TITRATION PACK
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), mirtazapina o bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	FLUCYTOSINE
Nombres de medicamentos	FLUCYTOSINE
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 semanas
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FOTIVDA
Nombres de medicamentos	FOTIVDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: 1) La enfermedad es avanzada, recidivante, resistente o en estadio IV; Y 2) el paciente recibió dos o más tratamientos sistémicos previos.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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

Grupo de autorización previa	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	-

Grupo de autorización previa	FYCOMPA
Nombres de medicamentos	FYCOMPA
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	-

Grupo de autorización previa	GATTEX
Nombres de medicamentos	GATTEX
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 del síndrome del intestino corto (short bowel syndrome, SBS): 1) en el caso de pacientes adultos, el paciente ha dependido del apoyo parenteral durante al menos 12 meses; O 2) en el caso de pacientes pediátricos, el paciente depende del apoyo parenteral. Para el SBS, continuación: el requisito de apoyo parenteral disminuyó con respecto al valor inicial mientras estaba en tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	Recetado por un gastroenterólogo, cirujano gastrointestinal o especialista en apoyo nutricional, o en consulta con estos.
Duración de la cobertura	Año del plan
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, carcinoma medular positivo para la mutación 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	-

Grupo de autorización previa	GILENYA
Nombres de medicamentos	FINGOLIMOD 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	-

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 (non-small cell lung cancer, NSCLC), el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR) sensibilizante Y a) ha experimentado un evento adverso intolerable o una contraindicación a erlotinib, gefitinib u osimertinib, O 2) tiene NSCLC epidermoide metastásico que progresó después de la quimioterapia basada en platino.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

Grupo de autorización previa	GROWTH HORMONE
Nombres de medicamentos	GENOTROPIN, GENOTROPIN MINIQUICK
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 (CNS) (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales adquiridas, anomalías estructurales congénitas) y factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) pre-tx más de 2 SD por debajo de la media. Síndrome de Turner (Turner syndrome, TS): 1) Confirmado mediante cariotipado; Y 2) la estatura previa al tratamiento es inferior al percentil 5 para la edad. Pequeño para la edad gestacional (small for gestational age, SGA): 1) Peso al nacer (wt) inferior a 2500 g en edad gestacional (ED) superior a 37 semanas, O peso al nacer o longitud por debajo del percentil 3 para la ED o al menos 2 SD por debajo de la media para la ED; Y 2) no manifestó crecimiento acelerado antes de los 2 años.
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-hipofisiarias 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.

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-sulfotransferase 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (myoferlin, MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
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	-

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 Infeccionas (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	-

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. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

Grupo de autorización previa	HERCEPTIN HYLECTA
Nombres de medicamentos	HERCEPTIN HYLECTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama irresecable, recurrente o avanzado positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

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

Grupo de autorización previa	HETLIOZ
Nombres de medicamentos	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	Inicio: 6 meses, renovación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HRM-ANTICONVULSANTS
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	Este requisito de autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).

Grupo de autorización previa	HRM-ANTIPARKINSON
Nombres de medicamentos	BENZTROPINE MESYLATE, TRIHEXYPHENIDYL HCL, TRIHEXYPHENIDYL HYDROCHLO
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. EPS (síntomas extrapiramidales): 1) El paciente no probó el medicamento alternativo amantadina que no es HRM; Y 2) tiene una contraindicación al medicamento alternativo amantadina que no es HRM; O 3) probó el medicamento alternativo amantadina que no es HRM; Y 4) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo amantadina que no es HRM. Parkinson: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol.
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 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).

Grupo de autorización previa	HRM-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	La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para la rinitis: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
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 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.

Grupo de autorización previa	HRM-DIPYRIDAMOLE
Nombres de medicamentos	DIPYRIDAMOLE
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 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).

Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE ER
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 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).

Grupo de autorización previa	HRM-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 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).

Grupo de autorización previa	HRM-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: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina, o venlafaxina de liberación prolongada; O 3) el paciente no probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 4) tiene ansiedad aguda. Para todas las indicaciones: 1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, diciclomina, ciclobenzaprina) con el medicamento solicitado, la persona que emite la receta determinó que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente (Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo).
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 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.

Grupo de autorización previa	HRM-HYDROXYZINE INJ
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: clorazepato o lorazepam; Y 2) tiene una contraindicación a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam; O 3) probó uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam; Y 4) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam. Para la ansiedad: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; O 3) no probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 4) tiene ansiedad aguda.
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 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).

Grupo de autorización previa	HRM-HYPNOTICS
Nombres de medicamentos	ESZOPICLONE, ZALEPLON, 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: 1) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) tiene una contraindicación al medicamento alternativo que no es de alto riesgo (non-High Risk Medication, HRM), doxepina (3 mg o 6 mg); O b) se probó el medicamento alternativo doxepina que no es HRM (3 mg o 6 mg) Y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo doxepina que no es HRM (3 mg o 6 mg); Y 2) la persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente; Y 3) si el paciente usa dos o más medicamentos activos del sistema nervioso central (p. ej., lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar varios medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) es médicamente necesario para el paciente (Nota: El uso de varios medicamentos activos del sistema nervioso central [SNC] en adultos de edad avanzada se asocia a un mayor riesgo de caídas).
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 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). Se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.

Grupo de autorización previa	HRM-PROMETHAZINE
Nombres de medicamentos	PROMETHAZINE HCL, PROMETHAZINE HYDROCHLORID
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: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
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 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.

Grupo de autorización previa	HRM-SCOPOLAMINE
Nombres de medicamentos	SCOPOLAMINE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Salivación excesiva
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 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.

Grupo de autorización previa	HRM-SKELETAL MUSCLE RELAXANTS
Nombres de medicamentos	CARISOPRODOL, CYCLOBENZAPRINE HYDROCHLO, METHOCARBAMOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) si el paciente usa uno o más anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, diciclomina, hidroxicina) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar múltiples anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente (Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo).
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 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.

Grupo de autorización previa	HUMIRA
Nombres de medicamentos	HUMIRA, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S, HUMIRA PEN-PS/UV STARTER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	-
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 inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuero cabelludo, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
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 paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide; O 2) tiene una contraindicación que prohibiría probar corticoesteroides.

Grupo de autorización previa	IBRANCE
Nombres de medicamentos	IBRANCE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Liposarcoma bien diferenciado/desdiferenciado irresecable del retroperitoneo; cáncer de mama recidivante positivo para receptor hormonal y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica; Y 2) la paciente tiene una enfermedad positiva para receptor hormonal (RH) y negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant; Y 4) la paciente experimentó un evento adverso intolerable a Kisqali (ribociclib) O Verzenio (abemaciclib), o tiene una contraindicación a Kisqali (ribociclib) Y Verzenio (abemaciclib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ICATIBANT
Nombres de medicamentos	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	-

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. 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	-

Grupo de autorización previa	IDACIO
Nombres de medicamentos	ADALIMUMAB-AACF (2 PEN), ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING, ADALIMUMAB-AACF STARTER P, IDACIO (2 PEN), IDACIO (2 SYRINGE), IDACIO STARTER PACKAGE FO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	-
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 inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuero cabelludo, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
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 paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide; O 2) tiene una contraindicación que prohibiría probar corticoesteroides.

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

Grupo de autorización previa	IMATINIB
Nombres de medicamentos	IMATINIB MESYLATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Tumores desmoides; sinovitis vellonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinovial (PVNS/TGCT); cordoma recidivante, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi; enfermedad crónica de injerto contra huésped (chronic graft versus host disease, cGVHD); leucemia linfoblástica aguda de linfocitos T con translocación de clase ABL; mastocitosis sistémica agresiva para la mastocitosis sistémica bien diferenciada (WDSM) o cuando la eosinofilia está presente con el gen de fusión FIP1L1-PDGFRA; neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1, FIP1L1-PDGFRA o PDGFRB en la fase crónica o la blástica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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	-

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)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de células del manto: 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Calquence (acalabrutinib); O 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con rituximab como tratamiento previo a la terapia de inducción con el régimen de RHyperCVAD (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina y dexametasona); O 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de inducción agresivo. Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, el linfoma extraganglionar de la zona marginal de los sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma esplénico de la zona marginal): el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o posterior. Para la tricoleucemia: el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único para la evolución de la enfermedad. Para el linfoma del CNS primario: 1) la enfermedad es recidivante o resistente O 2) el medicamento solicitado se utiliza para tratamiento de inducción como agente único. Para el linfoma difundible de células B grandes, linfoma de células B de alto grado, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El medicamento solicitado se utilizará como agente único y como tratamiento de segunda línea o posterior para la enfermedad resistente o recidivante. Para trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido quimioinmunoterapia previa. En el caso de la leucemia linfocítica crónica/el linfoma linfocítico de células pequeñas: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Calquence (acalabrutinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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	-

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	-

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	-

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	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	INSULIN SUPPLIES
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	-

Grupo de autorización previa	IR BEFORE ER
Nombres de medicamentos	HYDROCODONE BITARTRATE ER, METHADONE HCL, METHADONE HYDROCHLORIDE I, MORPHINE SULFATE 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	-

Grupo de autorización previa	IRESSA
Nombres de medicamentos	GEFITINIB
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 (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el paciente debe tener una mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ISOTRETINOIN
Nombres de medicamentos	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 resistente; rosácea resistente grave; neuroblastoma; linfoma de linfocitos T cutáneos (cutaneous T-cell lymphoma, CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sézary); alto riesgo de desarrollar cáncer de piel (tipos de cáncer de células epidermoides); dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover); queratosis folicular (enfermedad de Darier); ictiosis laminar, pitiriasis roja pilar.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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

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

Grupo de autorización previa	IVERMECTIN TAB
Nombres de medicamentos	IVERMECTIN
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; gnatostomiasis; 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	-

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.

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	-

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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la policitemia vera: 1) el paciente tuvo una respuesta insuficiente o intolerancia a la hidroxiurea y Besremi (ropeginterferón alfa-2b-njft); O 2) tiene una enfermedad de alto riesgo. Para la leucemia linfoblástica aguda: el paciente tiene una mutación del factor similar al receptor de citocina 2 (cytokine receptor-like factor 2, CRLF2) o una mutación asociada con la activación de la vía de la cinasa Janus/señal y los activadores de la transcripción (JAK/STAT). Para la CMML-2: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un hipometilante. Para el síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia: el medicamento solicitado se utiliza como fármaco único o en combinación con un hipometilante. Para la trombocitemia esencial: el paciente tuvo una respuesta insuficiente o falta de respuesta a la hidroxiurea, el tratamiento con interferón o la anagrelida. Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y una reordenación de JAK2: la enfermedad está en fase crónica o en fase blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	JAYPIRCA
Nombres de medicamentos	JAYPIRCA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
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).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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 (FQ): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

Grupo de autorización previa	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	-

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 ketoconazol: dofetilida, quinidina, pimozida, cisaprida, metadona, disopiramida, dronedarona, ranolazina, alcaloides ergóticos, irinotecán, lurasidona, midazolam por vía oral, alprazolam, triazolam, felodipina, nisoldipina, tolvaptán, eplerenona, lovastatina, simvastatina o colchicina.
Información médica requerida	Los posibles beneficios superan los riesgos del tratamiento con ketoconazol por vía oral. Para las infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene alguno de los siguientes diagnósticos: blastomicosis, coccidioidomicosis, histoplasmosis, cromomicosis o paracoccidioidomicosis. Para el síndrome de Cushing: el medicamento solicitado se receta para un paciente que no puede tolerar una cirugía, o cuando la cirugía no fue curativa.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-

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	-

Grupo de autorización previa	KISQALI
Nombres de medicamentos	KISQALI, KISQALI FEMARA 200 DOSE, KISQALI FEMARA 400 DOSE, KISQALI FEMARA 600 DOSE
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 letrozol, 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	-

Grupo de autorización previa	KORLYM
Nombres de medicamentos	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	-

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	-

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 (non-small cell lung cancer, NSCLC) recidivante positivo para KRAS G12C, metástasis cerebral del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) del NSCLC positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma del páncreas positivo para KRAS G12C.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LAPATINIB
Nombres de medicamentos	LAPATINIB DITOSYLATE
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) capecitabina O 3) trastuzumab. Para el cáncer colorrectal: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab; y 2) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

Grupo de autorización previa	LENVIMA
Nombres de medicamentos	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE, LENVIMA 12MG DAILY DOSE, LENVIMA 14 MG DAILY DOSE, LENVIMA 18 MG DAILY DOSE, LENVIMA 20 MG DAILY DOSE, LENVIMA 24 MG DAILY DOSE, LENVIMA 4 MG DAILY DOSE, LENVIMA 8 MG DAILY DOSE
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 irresecable 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 irresecable, localmente recurrente, persistente o metastásico. Para el carcinoma hepatocelular (HCC): la enfermedad es irresecable o inoperable, local, metastásica o con una carga tumoral hepática extensa. Para el carcinoma de células renales (RCC): la enfermedad está avanzada, es recidivante o está en estadio IV. Para el carcinoma endometrial (CE), el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) La enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica; 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con pembrolizumab; 3) el paciente experimentó evolución de la enfermedad después de un tratamiento sistémico previo.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

Grupo de autorización previa	LIDOCAINE PATCHES
Nombres de medicamentos	LIDOCAINE, LIDOCAN, TRIDACAINE II
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	-

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 u un oncólogo, o en consulta con estos.
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LONSURF
Nombres de medicamentos	LONSURF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de esófago irresecable, localmente avanzado, recurrente o metastásico. Cáncer gástrico y cáncer de la unión gastroesofágica irresecables, localmente avanzados o recurrentes. Adenocarcinoma apendicular avanzado o metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): La enfermedad es avanzada o metastásica. Para el adenocarcinoma gástrico, esofágico o de la unión gastroesofágica, se deben cumplir TODOS los criterios a continuación: 1) La enfermedad es irresecable, localmente avanzada, recurrente o metastásica; y 2) el paciente fue tratado previamente con al menos dos líneas previas de quimioterapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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 (non-small cell lung cancer, NSCLC) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK); NSCLC metastásico, avanzado o recidivante positivo para el reordenamiento del protoncogén tirosina-proteína cinasa ROS1 (ROS1); enfermedad de Erdheim-Chester positiva para ALK sintomática o recidivante/refractaria; tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) con translocación de ALK (incluidos el sarcoma uterino avanzado, recidivante/metastásico o inoperable para IMT con translocación de ALK), metástasis cerebral del sistema nervioso central (SNC) por NSCLC positivo para reordenamiento de la ALK, linfoma difundible de células B grandes positivo para ALK recidivante o resistente
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 crizotinib, entrectinib o ceritinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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 (NSCLC) recurrente positivo para KRAS G12C
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	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	-

Grupo de autorización previa	LUPRON PED
Nombres de medicamentos	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH), LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH), LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)
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 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	-

Grupo de autorización previa	LUPRON-ENDOMETRIOSIS
Nombres de medicamentos	LUPRON DEPOT (1-MONTH), LUPRON DEPOT (3-MONTH)
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 acetato de noretindrona. Para miomas uterinos, la paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) diagnóstico de anemia (p. ej., hematocrito inferior o igual al 30 por ciento o hemoglobina inferior o igual a 10 g/dl); O 2) el medicamento solicitado se utilizará antes de la cirugía para miomas uterinos. Para el cáncer de mama, el medicamento solicitado se utiliza para la enfermedad positiva para el receptor hormonal (RH).
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	-

Grupo de autorización previa	LYNPARZA
Nombres de medicamentos	LYNPARZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Cáncer de mama recurrente negativo para HER2 y con mutación de la línea germinal BRCA 1/2; cáncer de mama recurrente o metastásico positivo para HER2 y con mutación de la línea germinal BRCA 1/2; leiomiosarcoma uterino.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama recurrente o metastásico: la enfermedad tiene mutación en la línea germinal BRCA 1/2. Para el cáncer de próstata: 1) El paciente tiene una mutación en BRCA y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con abiraterona y un corticoesteroide oral; O 2) el paciente evolucionó con un tratamiento previo dirigido al receptor de andrógenos. Para el cáncer de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal primario: El medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento de mantenimiento para la enfermedad en estadio II-IV o recurrente que tiene respuesta completa o parcial a la quimioterapia. Para el leiomiosarcoma uterino: 1) la paciente recibió al menos un tratamiento previo Y 2) tiene una enfermedad con BRCA alterado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LYTGOBI
Nombres de medicamentos	LYTGOBI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Colangiocarcinoma extrahepático
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el colangiocarcinoma: 1) el paciente tiene un diagnóstico de colangiocarcinoma irresecable, localmente avanzado o metastásico; 2) recibió un tratamiento previo; Y 3) tiene una enfermedad que tiene una fusión del gen receptor del factor de crecimiento fibroblástico 2 (fibroblast growth factor receptor 2, FGFR2) u otro reordenamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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 Infeccionas (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	-

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	-

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.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para una mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como único fármaco o en combinación con dabrafenib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el melanoma uveal: El medicamento solicitado se utilizará como fármaco único. Para el cáncer de ovarios, el cáncer de las trompas de Falopio y el cáncer peritoneal primario: El medicamento solicitado se utilizará para tratar enfermedades crónicas o recurrentes. Para el carcinoma tiroideo papilar, folicular y oncocítico: 1) La enfermedad es positiva para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) no es tributaria de tratamiento con yodo radiactivo (radiactive iodine, RAI); Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para tumores sólidos: 1) El tumor es positivo para una mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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 para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans, cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) 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. 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	-

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.

Grupo de autorización previa	MEPRON
Nombres de medicamentos	ATOVAQUONE
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 Pneumocystis jirovecii en pacientes pediátricos, tratamiento de la neumonía por Pneumocystis jirovecii de leve a moderada en pacientes pediátricos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la neumonía por Pneumocystis jiroveci (PCP) de leve a moderada: el paciente tuvo una intolerancia o tiene una contraindicación para sulfametoxazol/trimetoprima (SMX-TMP). Para la prevención de indicaciones de profilaxis de toxoplasmosis primaria y PCP: 1) el paciente tuvo intolerancia o tiene una contraindicación para SMX-TMP, Y 2) está inmunodeprimido. Para la profilaxis secundaria de la toxoplasmosis: el paciente está inmunodeprimido. Para el tratamiento de la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza en simultáneo con azitromicina.
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	-

Grupo de autorización previa	METHYLPHENIDATE
Nombres de medicamentos	METHYLPHENIDATE HYDROCHLO
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	-

Grupo de autorización previa	METHYLTESTOSTERONE
Nombres de medicamentos	METHYLTESTOSTERONE
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 productos alternativos de testosterona (p. ej., testosterona tópica, testosterona transdérmica, testosterona inyectable). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MODAFINIL
Nombres de medicamentos	MODAFINIL
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 confirmó mediante polisomnografía. 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	-

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	-

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	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	NEXAVAR
Nombres de medicamentos	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	-

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	-

Grupo de autorización previa	NITISINONE
Nombres de medicamentos	NITISINONE
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 succinilacetona en orina), O 2) pruebas de ADN (análisis de mutación).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NORTHERA
Nombres de medicamentos	DROXIDOPA
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	-

Grupo de autorización previa	NOXAFIL SUSP
Nombres de medicamentos	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 candidosis orofaríngea: el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al fluconazol.
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	-

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	-

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 la labilidad emocional (pseudobulbar affect, PBA) (continuación): El paciente ha experimentado una disminución en los episodios de labilidad emocional (PBA) desde que comenzó el tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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	Tratamiento contra la migraña aguda: El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano. Tratamiento preventivo de la migraña, 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	-

Grupo de autorización previa	OCTREOTIDE
Nombres de medicamentos	OCTREOTIDE ACETATE
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	-

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	-

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) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, HRCT) del tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (usual interstitial pneumonia, UIP); O 2) el estudio de HRCT del tórax revela un resultado que no es el patrón UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para UIP), y el diagnóstico está respaldado por una biopsia pulmonar o por un análisis multidisciplinario entre al menos un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se realizó una biopsia pulmonar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

Grupo de autorización previa	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	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	OMEGA-3
Nombres de medicamentos	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	-

Grupo de autorización previa	OMNIPOD
Nombres de medicamentos	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INT, OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 POD, OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (G, OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5), OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6, OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN, OMNIPOD DASH INTRO KIT (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	-

Grupo de autorización previa	OMNIPOD GO
Nombres de medicamentos	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY
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; Y 2) actualmente se está realizando un autodiagnóstico de los niveles de glucosa, se le asesorará sobre el autodiagnóstico de los niveles de glucosa o está utilizando un monitor de glucosa continuo; Y 3) experimentó una respuesta insuficiente o intolerancia al tratamiento con insulina basal de acción prolongada.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

Grupo de autorización previa	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	-

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 depresssive 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	-

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	-

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	-

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 (FQ): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ORSERDU
Nombres de medicamentos	ORSERDU
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 el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Cáncer de mama: 1) la enfermedad es positiva para el receptor de estrógeno (RE), negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) y con mutación de ESR1; Y 2) la paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica Y la paciente tiene evolución de la enfermedad después de al menos una línea de tratamiento endócrino; O b) la enfermedad no tuvo respuesta al tratamiento sistémico preoperatorio.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	PAROXETINE SUSP
Nombres de medicamentos	PAROXETINE HYDROCHLORIDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., cápsulas, comprimidos).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	PHENYLBUTYRATE
Nombres de medicamentos	SODIUM PHENYLBUTYRATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para trastornos del ciclo de la urea (urea cycle disorders, UCD): 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	-

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	-

Grupo de autorización previa	PIMECROLIMUS
Nombres de medicamentos	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	-

Grupo de autorización previa	PIQRAY
Nombres de medicamentos	PIQRAY 200MG DAILY DOSE, PIQRAY 250MG DAILY DOSE, PIQRAY 300MG DAILY DOSE
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 (RH) y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), con mutación de PIK3CA 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	-

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, linfoma del sistema nervioso central (SNC) primario, síndrome de POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel)
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	-

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	-

Grupo de autorización previa	PREGABALIN
Nombres de medicamentos	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 el manejo de la neuralgia posherpética, el manejo del dolor neuropático asociado con la neuropatía diabética periférica: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la gabapentina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	7 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PROCRIT
Nombres de medicamentos	PROCRIT
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), anemia en la artritis reumatoidea (AR), anemia debido al tratamiento de la hepatitis C (ribavirina en combinación con interferón alfa o peginterferón alfa)
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mieloide.
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 eritropoyetina en el mes anterior); Y 3) para el MDS: el nivel de eritropoyetina sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/l o menos. Para las nuevas autorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos excepto cirugía: 1) el paciente recibió al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina; Y 2) respondió al tratamiento con eritropoyetina; Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dl; Y 4) para todos los usos excepto la anemia debido a la quimioterapia o MDS: el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20 %).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	16 semanas
Otros criterios	La cobertura incluye el uso en anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. 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).

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.

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	-

Grupo de autorización previa	QUETIAPINE XR
Nombres de medicamentos	QUETIAPINE FUMARATE ER
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, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam, zolpidem) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar múltiples medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) es necesario desde el punto de vista médico. (Nota: El uso de varios medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) en adultos de edad avanzada se asocia a un mayor riesgo de caídas. Para el tratamiento de la esquizofrenia: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados al trastorno bipolar I o para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados al trastorno bipolar I: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados al trastorno bipolar II: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la quetiapina de liberación inmediata. Para el tratamiento complementario del trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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 clindamicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

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	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	-

Grupo de autorización previa	REGRANEX
Nombres de medicamentos	REGRANEX
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	20 semanas
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RELISTOR INJ
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	Para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no canceroso, incluido el dolor crónico relacionado con el cáncer anterior o su tratamiento que no requiere un aumento frecuente (p. ej., semanal) de la dosis de opioides: 1) el paciente no puede tolerar medicamentos orales, O 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: A) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no canceroso (p. ej., Movantik), O B) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no canceroso (p. ej., Movantik).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	4 meses
Otros criterios	-

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	Síndrome de Behcet; hidrosadenitis supurativa; artritis idiopática juvenil; piodermia gangrenosa; sarcoidosis; arteritis de Takayasu; uveítis.
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 metotrexato (MTX) o leflunomida; O b) el paciente experimentó intolerancia o contraindicación al MTX Y a la leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) Al menos el 3 % del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O ciertas áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o ciertas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] se ven afectados).
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 de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación cuando probó un tratamiento inmunodepresor para la uveítis. Para todas las indicaciones: El paciente experimentó un evento adverso intolerable a Renflexis, y este evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción.

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	Síndrome de Behcet; hidradenitis supurativa; artritis idiopática juvenil; piodermia gangrenosa; sarcoidosis; arteritis de Takayasu; uveítis
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 metotrexato (MTX) o leflunomida; O b) el paciente experimentó intolerancia o contraindicación al MTX Y a la leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) Al menos el 3 % del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O ciertas áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina; O c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o ciertas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] se ven afectados).
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 de inicio nuevo): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación cuando probó un tratamiento inmunodepresor para la uveítis.

Grupo de autorización previa	REPATHA
Nombres de medicamentos	REPATHA, REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM, 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	-

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 (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo para el reordenamiento recurrente del gen RET, metástasis cerebral del NSCLC positivo para fusión RET, histiocitosis de células de Langerhans con fusión del gen RET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/resistente con fusión del gen RET, enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/resistente con fusión del gen RET, cáncer primario oculto con fusión del gen RET, tumores sólidos con fusión del gen RET para enfermedad recidivante
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	-

Grupo de autorización previa	REVLIMID
Nombres de medicamentos	LENALIDOMIDE
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, anemia asociada a la mielofibrosis, síndrome de POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel), neoplasias mieloproliferativas, sarcoma de Kaposi, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Rosai-Dorfman, linfomas de células T periféricas que no se especifican de otro modo, linfoma de células T angioinmunoblástico (AITL), linfoma de células T estimulado por enteropatía, linfoma de células T intestinales epiteliales monomórficas, linfoma de células T periféricas nodales, leucemia/linfoma de células T en adultos, linfoma de células T hepatoesplénicas, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), leucemia linfocítica crónica (chronic lymphocytic Leukemia, CLL) /linfoma linfocítico pequeño (small lymphocytic lymphoma, SLL), linfomas de células B relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), trastorno linfáticoproliferativo monomórfico posterior al trasplante, linfoma difundible de células B grandes, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfomas de células B de alto grado, transformación histológica de los linfomas indolentes para deslumbrar los linfomas de células B grandes
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	-

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	-

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	-

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	-

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

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 (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo para ROS1, tumores sólidos positivos para la fusión del gen receptor de tirosina cinasa neurotrófico (neurotrophic tyrosine receptor kinase, NTRK) no metastáticos, tratamiento de primera línea de tumores sólidos positivos para fusión del gen NTRK, melanoma cutáneo positivo para fusión del gen ROS1
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	-

Grupo de autorización previa	RUBRACA
Nombres de medicamentos	RUBRACA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Leiomiosarcoma uterino, adenocarcinoma del páncreas, cáncer epitelial de ovario avanzado (estadio II-IV), cáncer de trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con una mutación deletérea del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) (línea germinal o somática): 1) el paciente ha sido tratado con terapia dirigida al receptor de andrógenos, Y 2) el paciente ha sido tratado con una quimioterapia a base de taxano o el paciente no es apto para quimioterapia, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un analógico de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para el tratamiento de mantenimiento del cáncer de ovario, de trompas de Falopio y peritoneal primario con mutación de BRCA: 1) la paciente tiene enfermedad avanzada (estadio II-IV) y está en respuesta completa o parcial al tratamiento primario, O 2) la paciente tiene enfermedad recurrente y está en respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en un medicamento con base de radiación. Para el leiomiosarcoma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea Y 2) la paciente tiene enfermedad con alteración de BRCA. Para el adenocarcinoma de páncreas: 1) el paciente tiene enfermedad metastásica, Y 2) tiene mutaciones somáticas o de línea germinal en los genes BRCA o PALB-2.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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	Leucemia mieloide aguda (AML) recidivante o resistente, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos de FGFR1 o FLT3, tratamiento posterior a la inducción para la AML, reinducción de la enfermedad residual para la AML
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	-

Grupo de autorización previa	SAPROPTERIN
Nombres de medicamentos	JAVYGTOR, 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	-

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 la fase crónica: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL; Y 2) el paciente cumple con 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

Grupo de autorización previa	SILDENAFIL
Nombres de medicamentos	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	-

Grupo de autorización previa	SIRTURO
Nombres de medicamentos	SIRTURO
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 especialista en enfermedades infecciosas o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SKYRIZI
Nombres de medicamentos	SKYRIZI, SKYRIZI PEN
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., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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, 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	-

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	-

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) al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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

Grupo de autorización previa	STELARA
Nombres de medicamentos	STELARA
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., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	STIVARGA
Nombres de medicamentos	STIVARGA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Osteosarcoma; glioblastoma; angiosarcoma; sarcoma de tejido blando retroperitoneal/intraabdominal; rabdomiosarcoma; sarcomas de tejido blando de las extremidades, pared corporal, cabeza y cuello; adenocarcinoma apendicular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal: 1) La enfermedad es avanzada o metastásica, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Lonsurf (trifluridina/tipiracilo).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SUTENT
Nombres de medicamentos	SUNITINIB MALATE
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); 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	-

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 medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	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	-

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. Para el manejo de endometriosis: La paciente aún no ha recibido 6 meses o más de tratamiento con el medicamento solicitado.
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	Año del plan
Otros criterios	-

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 mesenquimatosa (mesenchymal-epithelial transition, MET) de alto nivel, metástasis cerebral del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) del NSCLC con mutación del exón 14 de MET
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 mesenquimatosa (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TADALAFIL (BPH)
Nombres de medicamentos	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	-

Grupo de autorización previa	TADALAFIL (PAH)
Nombres de medicamentos	ALYQ, TADALAFIL
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	-

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.
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 fármaco único o en combinación con trametinib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para una mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único en combinación con trametinib. Para el carcinoma tiroideo papilar, folicular y oncocítico: 1) El tumor es positivo para V600E del gen BRAF; Y 2) la enfermedad no es tributaria de tratamiento con yodo radiactivo (radiactive iodine, RAI); Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: La enfermedad es positiva para una mutación V600E del gen BRAF. Para tumores sólidos: 1) El tumor es positivo para una mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	TARGRETIN TOPICAL
Nombres de medicamentos	BEXAROTENE
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 crónica o latente en adultos (chronic or smoldering adult T-cell leukemia/lymphoma, ATLL); linfoma de zona marginal cutánea primaria; linfoma de centro folicular cutáneo primario
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TASIGNA
Nombres de medicamentos	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	-

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	-

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	-

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 epitelioide: 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	-

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 fármaco único para el cáncer de pulmón de células pequeñas extenso después del tratamiento combinado con etopósido y carboplatino; tratamiento posterior para mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de la túnica vaginal del testículo; carcinoma urotelial; cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) en estadio IIIB; carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino (small cell neuroendocrine carcinoma of the cervical, NECC) crónico, recurrente o metastásico.
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	-

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	Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino (small cell neuroendocrine carcinoma of the cervical, NECC) persistente, recurrente o metastásico; cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) en estadio IIIB; tratamiento posterior para mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de la túnica vaginal del testículo.
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	-

Grupo de autorización previa	TEMAZEPAM
Nombres de medicamentos	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 inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión); Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a la doxepina (3 mg o 6 mg).
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.

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 mesenquimatosa (mesenchymal-epithelial transition, MET) de alto nivel, cáncer del sistema nervioso central (central nervous system, CNS) 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 mesenquimatosa (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TERBINAFINE TABS
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 onicomicosis debido a dermatofitos (tiña ungueal), el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) el paciente usará el medicamento solicitado por vía oral, Y 2) el medicamento solicitado se receta para uso no continuo.
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.

Grupo de autorización previa	TERIPARATIDE
Nombres de medicamentos	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 bifosfonato oral de al menos 1 año de duración, a menos que el paciente tenga una contraindicación o intolerancia a un bifosfonato oral, Y el paciente cumpla con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por debilidad, O 2) la puntuación T previa al tratamiento es inferior o igual a -2.5, O 3) la puntuación T previa al tratamiento es superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX previa al tratamiento.
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 analógica: 1) El paciente sigue o volvió a tener un alto riesgo de fractura; Y 2) el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. El paciente tiene una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX si la probabilidad de 10 años es superior o igual al 20% para cualquier fractura osteoporótica significativa o superior o igual al 3% para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente a la prednisona) por día, la estimación de la calificación de riesgo calculada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para la fractura osteoporótica principal y por 1.2 para la fractura de cadera.
Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE CYPIONATE INJ
Nombres de medicamentos	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	-

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE ENANTHATE INJ
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	-

Grupo de autorización previa	TETRABENAZINE
Nombres de medicamentos	TETRABENAZINE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Trastornos de tics, discinesia tardía, hemibalismo, corea no asociada a la enfermedad de Huntington.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la discinesia tardía y el tratamiento de la corea asociada a la enfermedad de Huntington: El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o un acontecimiento adverso intolerable a deutetrabenazina.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	Anemia asociada a la mielofibrosis; estomatitis aftosa relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); sarcoma de Kaposi; enfermedad de Castleman multicéntrica; enfermedad de Rosai-Dorfman; histiocitosis de células de Langerhans
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	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 desdiferenciado; 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 tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la inducción después de la respuesta a la terapia de inducción con el medicamento solicitado O 3) el paciente tiene una enfermedad mieloide recidivante o resistente. Para el colangiocarcinoma localmente avanzado, irresecable, resecado, macroscópico residual o metastásico: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la evolución durante o después del tratamiento sistémico. Para los tipos de cáncer del SNC: 1) la enfermedad es recurrente o progresiva; Y 2) el paciente tiene oligodendroglioma o astrocitoma.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TOBI INHALER
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	-

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

Grupo de autorización previa	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.

Grupo de autorización previa	TOPICAL TACROLIMUS
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	-

Grupo de autorización previa	TOPICAL TESTOSTERONES
Nombres de medicamentos	TESTOSTERONE, TESTOSTERONE PUMP
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	-

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

Grupo de autorización previa	TOREMIFENE
Nombres de medicamentos	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	-

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. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2 y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con carboplatino y paclitaxel, y 2) continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

Grupo de autorización previa	TREMFYA
Nombres de medicamentos	TREMFYA
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 (de inicio nuevo): 1) al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % del área de la superficie corporal se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas]).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TREPROSTINIL INJ
Nombres de medicamentos	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.

Grupo de autorización previa	TRIENTINE
Nombres de medicamentos	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	-

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 medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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), mirtazapina o bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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

Grupo de autorización previa	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, linfoma de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extraganglionar de la zona extranodal), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, la transformación histológica de los linfomas indolentes para deslumbrar los linfomas de células B grandes, la transformación histológica de leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL a linfoma difundible de células B grandes, linfoma primario cutáneo de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tricoleucemia, trastorno linfáticoproliferativo posterior al trasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B]; púrpura trombocitopénica (ITP) inmunitaria o idiopática resistente, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), Síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave resistente, linfoma de Hodgkin (linfocitos nodulares predominantes), linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLD relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma similar a Burkitt, linfoma mediastínico primario de células B grandes) y Leucemia aguda de células B maduras pediátrica
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 metotrexato (MTX); O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) una respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) una respuesta insuficiente o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Las neoplasias hemáticas deben ser positivas para CD20. Para la esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recidivante; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta insuficiente a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad indicados para la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.
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	-

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 positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
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.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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 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	-

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 metotrexato (MTX); O 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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

Grupo de autorización previa	UCERIS
Nombres de medicamentos	BUDESONIDE ER
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	-

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 crónica o latente en adultos (ATLL); micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS) en etapa 2 o superior; linfoma de zona marginal cutánea primaria; linfoma de centro folicular cutáneo primario; papulosis linfomatoide (LyP) positiva para CD30; histiocitosis de células de Langerhans (Langerhans cell histiocytosis, LCH) unifocales con enfermedad de la piel aislada.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VANFLYTA
Nombres de medicamentos	VANFLYTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	Leucemia mieloide aguda recidivante o resistente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): La AML es positiva para la duplicación interna en tándem (internal tandem duplication, ITD) de la tirosina cinasa 3 similar a la FMS (FLT3).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VELCADE
Nombres de medicamentos	BORTEZOMIB
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; síndrome de POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra al individuo.

Grupo de autorización previa	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	-

Grupo de autorización previa	VENCLEXTA
Nombres de medicamentos	VENCLEXTA, VENCLEXTA STARTING PACK
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; 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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el paciente tiene AML de diagnóstico reciente y cumple con uno de los siguientes requisitos: a) tiene 75 años o más; b) tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva; O 2) tiene una enfermedad de riesgo malo/adverso y es candidato para tratamiento de inducción intensiva; O 3) tiene AML recidivante o resistente. Para la neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blástica (BPDCN): 1) el paciente tiene una enfermedad sistémica que se trata con intención paliativa, O 2) tiene una enfermedad recidivante o resistente. Para el mieloma múltiple: 1) la enfermedad es recidivante o progresiva; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dexametasona; Y 3) el paciente tiene traslocación t(11:14). Para macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico: 1) el paciente ha tratado previamente una enfermedad que no respondió al tratamiento primario, O 2) tiene una enfermedad progresiva o recidivante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

Grupo de autorización previa	VERQUVO
Nombres de medicamentos	VERQUVO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la insuficiencia cardíaca crónica sintomática: el paciente tiene una fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (left ventricular ejection fraction, LVEF) inferior al 45 por ciento. Para el tratamiento inicial, el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) hospitalización por insuficiencia cardíaca en los últimos 6 meses, O 2) uso de diuréticos intravenosos ambulatorios para insuficiencia cardíaca en los últimos 3 meses.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
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: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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 positivo para receptor hormonal (RH) y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (human epidermal growth factor receptor 2, HER2) en combinación con fulvestrant o un inhibidor de la aromatasa, o como fármaco único si hay evolución con tratamiento endócrino previo y quimioterapia previa en el entorno de la enfermedad metastásica. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozol para tumor positivo para receptores de estrógeno.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VIGABATRIN
Nombres de medicamentos	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	-

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	-

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	-

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 (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	VORICONAZOLE
Nombres de medicamentos	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	-

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 la hepatitis C: Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento previsto, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh]), presencia o ausencia de coinfección por el VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas con la resistencia cuando corresponda, estado del trasplante, si corresponde. Las afecciones de la cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas actuales de tratamiento de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Estadounidense para Enfermedades Infeccionas (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	-

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

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	-

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 (NSCLC) recurrente; NSCLC con mutación por omisión del exón 14 de MET o con aumento de MET; enfermedad de Erdheim-Cheste positiva para la fusión de la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK) sintomática o recidivante/resistente; enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/resistente positiva para la fusión de ALK; histiocitosis de células de Langerhans positiva para la fusión ALK, melanoma cutáneo metastásico o irresecable positivo para la fusión del gen ROS1.
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 casos: 1) el paciente tiene NSCLC positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK) recidivante, avanzado o metastásico; Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib); O 3) el paciente tiene NSCLC positivo para ROS-1 recurrente, avanzado o metastásico; O 4) tiene NSCLC con un aumento de alto nivel de MET o una mutación de omisión del exón 14 de MET. Para el tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT), la enfermedad es positiva para ALK. En el caso del linfoma de células grandes anaplásicas (anaplastic large cell lymphoma, ALCL): 1) la enfermedad es recidivante o resistente Y 2) es positiva para ALK.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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

Grupo de autorización previa	XELJANZ
Nombres de medicamentos	XELJANZ, XELJANZ XR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor, TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la artritis psoriásica activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]); Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) no biológico. Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la colitis ulcerosa de moderada a gravemente activa (inicios nuevos únicamente): El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para el curso de la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]).
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	-

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 bifosfonatos intravenosos (IV) o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con bifosfonatos 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.

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	-
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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 syndrome, 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 solicitad; 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	-

Grupo de autorización previa	XOLAIR
Nombres de medicamentos	XOLAIR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no aprobados	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el asma persistente de moderada a grave, tratamiento inicial: 1) El paciente (pt) tiene un resultado positivo en la prueba cutánea (o análisis de sangre) para al menos un aeroalérgeno perenne; 2) el pt tiene un nivel inicial de inmunoglobulina E (IgE) superior o igual a 30 unidades internacionales por mililitro (UI/ml); Y 3) el pt tiene un control inadecuado del asma a pesar del tx actual con ambos de los siguientes medicamentos: a) corticoesteroide inhalado de dosis media a alta; Y b) control adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. Para el asma persistente de moderada a grave, continuación del tratamiento (COT): El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción en la frecuencia o gravedad de los síntomas (sx) y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral. Para la urticaria crónica espontánea (UCE), tx inicial: 1) El pt ha sido evaluado por otras causas de urticaria, incluidos el angioedema relacionado con la bradicinina y los síndromes urticariales IL-1-asociados (p. ej., trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial); 2) el pt ha experimentado una aparición espontánea de ronchas, o ambos, durante al menos 6 semanas; Y 3) el pt sigue siendo sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1. Para CSU, COT: El pt ha experimentado un beneficio (p. ej., mejoría en los síntomas) desde el inicio del tratamiento. Para rinosinusitis crónica con pólipos nasales (chronic rhinosinusitis with nasal polyps, CRSwNP): 1) El medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario; Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con Xhance (fluticasona). Para la alergia alimentaria mediada por IgE, tratamiento inicial: El paciente tiene un nivel inicial de IgE superior o igual a 30 UI/ml. Para la alergia alimentaria mediada por la IgE, COT: El paciente ha experimentado un beneficio como lo demuestra una disminución en la hipersensibilidad (p. ej., síntomas de la piel, respiratorios o gastrointestinales de moderados a graves) al alérgeno de los alimentos.
Restricciones de edad	CSU: 12 años de edad o más. Asma: 6 años de edad o más. CRSwNP: 18 años de edad o más. Alergia alimentaria mediada por IgE: 1 año de edad o más
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Inicial de la CSU: 6 meses; todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-

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

Grupo de autorización previa	XPOVIO
Nombres de medicamentos	XPOVIO, XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY, XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no aprobados	La transformación histológica de los linfomas indolentes para difundir los linfomas de linfocitos B grandes, los linfomas de linfocitos B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los linfomas de linfocitos B de alto grado, los trastornos linfáticoproliferativos posteriores al trasplante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para mieloma múltiple: El paciente debe haber recibido al menos un tratamiento previo. Para los linfomas de linfocitos B: El paciente debe haber sido tratado con al menos dos líneas de tratamiento sistémico.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
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	-

Grupo de autorización previa	XYREM
Nombres de medicamentos	SODIUM OXYBATE
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 paciente tiene 17 años o menos, experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento estimulante del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), O tiene una contraindicación que prohibiría probar fármacos estimulantes del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato); b) si el paciente tiene 18 años o más, experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría probar fármacos que estimulan el estado de vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para el tratamiento de cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Si la solicitud es para la continuación del tratamiento, el paciente ha experimentado una disminución de la somnolencia durante el día con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia.
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	-

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	-

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	Leiomiosarcoma uterino
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el leiomiosarcoma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento 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	-

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 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, astrocitoma, glioblastoma, glioma pediátrico difuso de alto grado): 1) El tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con cobimetinib O se está utilizando para el tratamiento del glioma pediátrico difuso de alto grado. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único o en combinación con cobimetinib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; o b) tratamiento sistémico adyuvante. Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: El tumor es positivo para la mutación V600 del gen BRAF. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF, Y 2) el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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 ampolloso; adenocarcinoma apendicular; cáncer de mama; tipos de cáncer del sistema nervioso central (SNC) (incluidos los gliomas pediátricos difusos de alto grado); mesotelioma pleural; mesotelioma peritoneal; mesotelioma pericárdico; mesotelioma de la túnica vaginal del testículo; sarcomas de tejido blando; neoplasias uterinas; carcinoma endometrial; tipos de cáncer de vulva; adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos relacionados con lo oftálmico: edema macular diabético; degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluida la coroidopatía polipoidal y los subtipos de proliferación angiomatosos 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.

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	-

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	-

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	-

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	-

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	-

Grupo de autorización previa	ZYKADIA
Nombres de medicamentos	ZYKADIA
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 y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK); NSCLC recurrente, avanzado o metastásico y positivo para ROS-1; enfermedad de Erdheim-Chester (Erdheim-Chester Disease, ECD) con fusión de ALK; tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT); metástasis cerebrales de NSCLC; linfoma recidivante o resistente de células grandes anaplásicas (ALCL) positivo para ALK
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene linfoma recurrente, avanzado o metastásico positivo para la cinasa anaplásica (ALK); Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib) O 3) enfermedad positiva para ROS1. Para el tumor miofibroblástico inflamatorio: la enfermedad es positiva para ALK. Para la metástasis cerebral por NSCLC: el paciente tiene NSCLC positivo para ALK. En el caso del linfoma de células grandes anaplásicas (ALCL): el paciente tiene una enfermedad recidivante o resistente positiva para ALK.
Restricciones de edad	-
Restricciones de la persona que receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-