

ABELCET

Productos Afectados

- ABELCET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Amphotericin B conventional.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ABILIFY MAINTENA

Productos Afectados

- ABILIFY MAINTENA
INTRAMUSCULAR
SUSPENSION,EXTENDED REL
RECON 300 MG, 400 MG
- ABILIFY MAINTENA
INTRAMUSCULAR
SUSPENSION,EXTENDED REL
SYRING

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Historia documentada de consumo de oral aripiprazole sin presentar efectos secundarios significativos desde el punto de vista clínico.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Invega Sustenna, Invega Trinza o Risperdal Consta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ACITRETIN

Productos Afectados

- *acitretin*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: calcipotriene, clobetasol, cyclosporine, fluocinonide, methotrexate, o Tazorac.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ACTIMMUNE

Productos Afectados

- ACTIMMUNE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Ortopedista, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ADEFOVIR

Productos Afectados

- *adefovir*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ADHD

Productos Afectados

- *dexmethylphenidate oral tablet*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50*
- *methylphenidate hcl oral solution*
- *methylphenidate hcl oral tablet*
- *methylphenidate hcl oral tablet extended release*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

AIMOVIG

Productos Afectados

- AIMOVIG AUTOINJECTOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo, Especialista en Dolor de Cabeza, Especialista en Dolor.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: divalproex, valproic acid, o topiramate e ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: metoprolol, timolol, propranolol.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ALOSETRON

Productos Afectados

- *alose tron*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Síndrome del intestino irritable con diarrea: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: loperamide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

AMBISOME

Productos Afectados

- AMBISOME

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Amphotericin B conventional.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

AMITRIPTYLINE

Productos Afectados

- *amitriptyline*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

AMOXAPINE

Productos Afectados

- *amoxapine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

AMPHOTERICIN B

Productos Afectados

- *amphotericin b*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ANTICONVULSANTS 1

Productos Afectados

- APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG
- BRIVIACT ORAL SOLUTION
- BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG
- EPIDIOLEX
- FYCOMPA ORAL SUSPENSION
- FYCOMPA ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid o zonisamide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ANTICONVULSANTS 2

Productos Afectados

- *clobazam oral suspension*
- *clobazam oral tablet*
- DIACOMIT
- FINTEPLA
- *lacosamide oral solution*
- XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)
- XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG
- XCOPRI TITRATION PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Clobazam, Fenfluramine, o Stiripentol: Debe utilizarse como tratamiento complementario de las convulsiones. Cenobamate o Lacosamide: Para convulsiones parciales: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de dos de los siguientes: carbamazepine, divalproex, felbamate, gabapentin, levetiracetam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid o zonisamide. Para convulsiones tónico-clónicas: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de dos de los siguientes: lamotrigine, levetiracetam, phenytoin, o topiramate.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ANTINEOPLASTIC

Productos Afectados

- *abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg*
- AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG
- ALECENSA
- ALUNBRIG
- AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG
- BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG
- BESREMI
- BOSULIF
- BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG
- BRUKINSA
- CABOMETYX
- CALQUENCE
- CAPRELSA
- COMETRIQ
- COPIKTRA
- COTELLIC
- DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- ERIVEDGE
- ERLEADA
- *erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspensión*
- EXKIVITY
- FOTIVDA
- GAVRETO
- GILOTRIF
- IBRANCE
- ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG
- IDHIFA
- *imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg*
- IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG
- IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG, 560 MG
- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG
- INQOVI
- INREBIC
- IRESSA
- JAKAFI
- KISQALI FEMARA CO-PACK
- KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)
- KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG
- *lapatinib*
- *lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg*
- LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)
- LONSURF
- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- LUMAKRAS
- LYNPARZA
- MATULANE
- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG
- MEKTOVI
- NERLYNX
- NEXAVAR
- NINLARO
- NUBEQA
- ODOMZO
- ONUREG
- ORGOVYX
- PANRETIN
- PEMAZYRE
- PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X 1-50 MG X 1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)

- POMALYST
- PURIXAN
- QINLOCK
- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG
- REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG
- ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG
- RUBRACA
- RYDAPT
- SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG
- *sorafenib*
- SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG
- STIVARGA
- SUNITINIB ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG
- SUTENT
- SYNRIPO
- TABLOID
- TABRECTA
- TAFINLAR
- TAGRISSO
- TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG
- TASIGNA
- TAZVERIK
- TEPMETKO
- THALOMID
- TIBSOVO
- TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)
- TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG
- TURALIO
- VENCLEXTA
- VENCLEXTA STARTING PACK
- VERZENIO
- VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI ORAL SOLUTION
- VIZIMPRO
- VONJO
- VOTRIENT
- WELIREG
- XALKORI
- XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1)
- XERMELO
- XOSPATA
- XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)
- XTANDI
- YONSA
- ZEJULA
- ZELBORAF
- ZOLINZA
- ZYDELIG
- ZYKADIA ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	

APOKYN

Productos Afectados

- *apomorphine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: medicamentos antiparkinson como amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole, o selegiline.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

APREPITANT

Productos Afectados

- *aprepitant*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 meses.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de una de las alternativas de un antagonista de 5-HT3 de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativas: ondansetron o granisetron excepto cuando el Miembro está recibiendo quimioterapia.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ARCALYST

Productos Afectados

- ARCALYST

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Al mismo tiempo, tomar cualquier agente bloqueador del factor de necrosis tumoral (TNF) como Enbrel, Humira, o Remicade.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ARIPIPIRAZOLE

Productos Afectados

- *aripiprazole oral solution*
- *aripiprazole oral tablet, disintegrating*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar o ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: oral aripiprazole.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ARMODAFINIL

Productos Afectados

- *armodafinil*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Narcolepsia: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dextroamphetamine y methylphenidate.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ATOVAQUONE

Productos Afectados

- *atovaquone*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Neumonía por Pneumocystis: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: trimethoprim/sulfamethoxazole.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

AUBAGIO

Productos Afectados

- AUBAGIO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

AUSTEDO

Productos Afectados

- AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante con un inhibidor de la monoaminooxidasa (IMAO). Depresión no tratada o tratada inadecuadamente, o tendencias suicidas actuales en pacientes con enfermedad de Huntington.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo, Psiquiatra.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Corea (Enfermedad de Huntington): Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: tetrabenazine. Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CARISOPRODOL

Productos Afectados

- *carisoprodol oral tablet 350 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Documentación que explique el beneficio específico establecido con el medicamento y cómo dicho beneficio es mayor que el riesgo potencial.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CASPOFUNGIN

Productos Afectados

- *casposfungin*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CLOMIPRAMINE

Productos Afectados

- *clomipramine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, o sertraline.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CLOZAPINE

Productos Afectados

- *clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg*
- VERSACLOZ

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar o ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral clozapine.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Psiquiatra.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CONSTIPATION AGENTS

Productos Afectados

- MOVANTIK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: lactulose o polyethylene glycol.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CORLANOR

Productos Afectados

- CORLANOR ORAL SOLUTION
- CORLANOR ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>Insuficiencia cardíaca en pacientes adultos: Insuficiencia cardíaca de clase II a IV de acuerdo con la New York Heart Association (NYHA) documentada con una fracción de eyección inferior o igual al 35% y ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca en reposo mayor o igual a 70 latidos por minuto (<i>beats per minute, bpm</i>). Documentación que indica que el paciente está tomando la dosis máxima tolerada de un betabloqueante o tiene un historial de intolerancia, contraindicación o hipersensibilidad a un betabloqueante documentadas. Uso concomitante documentado con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (ACE) o un bloqueador de los receptores de la angiotensina (ARB), a menos que éstos no se toleren o estén contraindicados. Insuficiencia cardíaca en pacientes pediátricos: Insuficiencia cardíaca de clase II a IV de acuerdo con NYHA/Ross documentada con una fracción de eyección menor o igual al 45% y ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca en reposo mayor o igual a 105 bpm en el subconjunto de edad 6-12 meses, mayor o igual a 95 bpm en el subconjunto de edad 1-3 años, mayor o igual a 75 bpm en el subconjunto de edad 3-5 años, mayor o igual a 70 bpm en el subconjunto de edad 5-18 años.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Cardiólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	

COSENTYX

Productos Afectados

- COSENTYX SUBCUTANEOUS
SYRINGE 75 MG/0.5

Criterios de Autorización Previa	Criterios de Autorización Previa
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Espondilitis anquilosante: Ineficacia de ambas alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Enbrel y Humira. Artritis psoriásica: Ineficacia de ambas alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Enbrel y Humira. Psoriasis en placas: Para pacientes mayores de 18 años, ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira, Enbrel, o Skyrizi.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CYCLOBENZAPRINE

Productos Afectados

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Documentación que explique el beneficio específico establecido con el medicamento y cómo dicho beneficio es mayor que el riesgo potencial.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DALFAMPRIDINE

Productos Afectados

- *dalfampridine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Insuficiencia renal moderada o grave (CrCL 50 ml/min o menos).
Información Médica Requerida	Simultáneamente con un agente modificador de la enfermedad para la esclerosis múltiple. Documentación de dificultad para caminar (como una prueba de caminata de 25 pies cronometrada: el paciente debe poder caminar 25 pies de 8-45 segundos). Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DALIRESP

Productos Afectados

- DALIRESP

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Insuficiencia hepática, moderada a grave (Child-Pugh B o C).
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: ya sea Wixela o Fluticasone/Salmeterol, Anoro Ellipta, Serevent, Spiriva o Tudorza.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DEFERASIROX

Productos Afectados

- *deferasirox oral tablet, dispersible*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DESIPRAMINE

Productos Afectados

- *desipramine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DIAZEPAM SOLUTION

Productos Afectados

- *diazepam intensol*
- *diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DIMETHYL FUMARATE

Productos Afectados

- *dimethyl fumarate*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Aubagio y glatiramer.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DISOPYRAMIDE

Productos Afectados

- *disopyramide phosphate oral capsule*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acebutolol, amiodarone, flecainide, mexiletine, propafenone, quinidine, o sotalol.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DOXEPIIN

Productos Afectados

- *doxepin oral capsule*
- *doxepin oral concentrate*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Para las dosis promedio diarias de doxepin mayores de 6 mg: Ansiedad: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: buspirone, duloxetine, escitalopram, o venlafaxine. Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DRIZALMA

Productos Afectados

- DRIZALMA SPRINKLE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar una cápsula intacta o ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: duloxetine.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DRONABINOL

Productos Afectados

- *dronabinol*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: chlorpromazine, granisetron, metoclopramide, ondansetron, o prochlorperazine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DROXIDOPA

Productos Afectados

- *droxidopa*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ELIGARD

Productos Afectados

- ELIGARD
- ELIGARD (3 MONTH)
- ELIGARD (4 MONTH)
- ELIGARD (6 MONTH)

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oncólogo, Urólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

EMSAM

Productos Afectados

- EMSAM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante con otros fármacos serotoninérgicos (es decir SSRI, SNRI, TCAs).
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: phenelzine y tranylcypromine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ENBREL

Productos Afectados

- ENBREL
- ENBREL SURECLICK
- ENBREL MINI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Espondilitis anquilosante: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen, o sulindac. Psoriasis en placas: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de dos de los siguientes: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ENTECAVIR

Productos Afectados

- BARACLUDE ORAL SOLUTION
- *entecavir*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ESBRIET

Productos Afectados

- ESBRIET ORAL CAPSULE
- *pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Autorización inicial: Diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática confirmado por la presencia de neumonía intersticial habitual en tomografía computarizada de alta resolución (<i>High Resolution Computed Tomography, HRCT</i>) y/o biopsia pulmonar quirúrgica. Documentación de las pruebas de función hepática, documentación de la línea base de la capacidad vital forzada (<i>Forced Vial Capacity, FVC</i>) mayor o igual al 50 por ciento del valor predicho Y documentación del porcentaje de capacidad de difusión pronosticada de los pulmones para el monóxido de carbono (% DLCO) mayor o igual al 30 por ciento.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ESTROGENS

Productos Afectados

- DUAVEE
- *estradiol oral*
- *estradiol transdermal patch weekly*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	<p>Profilaxis de osteoporosis posmenopáusica: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid y risedronate. Atrofia vaginal y vulvar: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol cream o Premarin Cream.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

FENTANYL LOZENGE

Productos Afectados

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Dolor agudo, intermitente o posquirúrgico.
Información Médica Requerida	Documentación de la tolerancia a opioides mediante un tratamiento con opioides las 24 horas del día que consiste en al menos 60 mg de oral morphine al día, al menos 25 mg de fentanyl transdérmico/hora, al menos 30 mg de oral oxycodone al día, al menos 8 mg de oral hydromorphone al día, al menos 25 mg de oral oxymorphone al día o una dosis equianalgésica de otro opioide al día durante una semana o más para el dolor intercurrente o repentino del cáncer. Los pacientes deben ser tratados con opioides las 24 horas del día cuando toman fentanyl de liberación inmediata por vía transmucosa.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Dolor, Oncólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

FETZIMA

Productos Afectados

- FETZIMA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

FIRAZYR

Productos Afectados

- *icatibant*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	El diagnóstico de angioedema hereditario (AEH) debe confirmarse mediante un análisis de sangre.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Alergólogo, Inmunólogo, Hematólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

FIRMAGON

Productos Afectados

- FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oncólogo, Urólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

GENOTROPIN

Productos Afectados

- GENOTROPIN
- GENOTROPIN MINIQUICK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (inicial): diagnóstico confirmado como resultado de diagnóstico anterior de deficiencia de la hormona de crecimiento (GHD) de inicio en la niñez o GHD de inicio en el adulto con documentación de deficiencia hormonal debido a enfermedad hipotalámico-hipofisaria por causas orgánicas o conocidas (p. ej., daño por cirugía, irradiación craneal, traumatismo de cráneo, hemorragia subaracnoidea) y documentación de una prueba de estimulación de la hormona de crecimiento (p. ej., prueba de tolerancia a la insulina [ITT], arginine/GHRH, glucagon, arginine) para confirmar la GHD del adulto con los valores máximos de GH correspondientes ([ITT de 5 mcg/L o menos], [GHRH+ARG de 11 mcg/L o menos si el índice de masa corporal (IMC) es inferior a 25 kg/m², de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m², o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m²], [glucagon de 3 mcg/L o menos], [Arg de 0.4 mcg/L o menos]) o deficiencia documentada de tres hormonas de la hipófisis anterior (prolactina, ACTH, TSH, FSH/LH) y el nivel de IFG-1/somatomedin C es inferior al rango normal ajustado a la edad y al sexo según lo indicado por un análisis de laboratorio del médico.</p> <p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (reautorización): Documentación de experiencia positiva por parte del paciente.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Endocrinólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

GEODON SOLUTION

Productos Afectados

- *ziprasidone mesylate*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

GILENYA

Productos Afectados

- GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Insuficiencia cardíaca de Clase III o IV, insuficiencia cardíaca descompensada que requiere hospitalización, infarto de miocardio, derrame cerebral, accidente isquémico transitorio o angina de pecho inestable dentro de los últimos seis meses. Uso concomitante de antiarrítmicos de Clase Ia o Clase III. Bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado tipo Mobitz II o síndrome de disfunción sinusal, a menos que el paciente tenga un marcapasos funcional. Intervalo QT a un valor de referencia de 500 ms o más.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Aubagio y glatiramer.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

GLATIRAMER

Productos Afectados

- *glatiramer*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

GLATOPA

Productos Afectados

- *glatopa*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

GLYBURIDE

Productos Afectados

- *glyburide*
- *glyburide micronized*
- *glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: glipizide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

GUANFACINE

Productos Afectados

- *guanfacine oral tablet*
- *guanfacine oral tablet extended release 24 hr*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Hipertensión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: benazepril, fosinopril, hydrochlorothiazide, irbesartan, lisinopril, losartan, losartan/hydrochlorothiazide, lisinopril/hydrochlorothiazide, quinapril/hydrochlorothiazide, quinapril, ramipril, o valsartan/hydrochlorothiazide. ADHD: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amphetamine/dextroamphetamine, dexamethylphenidate, dextroamphetamine, o methylphenidate.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

HP ACTHAR

Productos Afectados

- ACTHAR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo para el espasmo infantil y la exacerbación de la esclerosis múltiple.
Duración de la Cobertura	Esclerosis múltiple: 21 días. Para otras indicaciones aprobadas: 28 días.
Otros Criterios	Para las crisis agudas de la esclerosis múltiple, los pacientes deben recibir terapia inmunomoduladora concurrente, como Aubagio, glatiramer, o interferon beta 1a. Para todas las demás indicaciones que no sean neurológicas, debió haberse presentado una falla o efectos adversos clínicamente significativos a otras terapias de atención médica de primera línea o estándar.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

HRM ANTIPSYCHOTICS

Productos Afectados

- *molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg* • *thioridazine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone, o aripiprazole.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

HUMIRA

Productos Afectados

- HUMIRA PEN
- HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START
- HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML
- HUMIRA(CF)
- HUMIRA(CF) PEN
- HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS
- HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de la superficie corporal o que afecta zonas importantes del cuerpo como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Gastroenterólogo, Oftalmólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Espondilitis anquilosante: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen, o sulindac. Psoriasis en placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate or phototherapy. Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
	medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: budesonide, mesalamine o sulfasalazine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

HUMIRA PEDIATRIC

Productos Afectados

- HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER
- HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

HUMIRA PSORIASIS

Productos Afectados

- HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL
HS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de la superficie corporal o que afecta zonas importantes del cuerpo como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Reumatólogo, Oftalmólogo, Gastroenterólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

IMIPRAMINE

Productos Afectados

- *imipramine hcl*
- *imipramine pamoate*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

IMMUNOGLOBULIN

Productos Afectados

- FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %
- GAMMAGARD LIQUID
- GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	3 meses.
Otros Criterios	Aprobado conforme a la Parte B para los siguientes tipos de Inmunodeficiencia Humoral Primaria: Agammaglobulinemia congénita, Inmunodeficiencia común variable, Síndrome de Wiskott-Aldrich, Agammaglobulinemia ligada al cromosoma X, Inmunodeficiencia combinada grave. Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

INCRELEX

Productos Afectados

- INCRELEX

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Pacientes pediátricos con neoplasia maligna o antecedentes de malignidad. Utilizar para estimular el crecimiento en pacientes con epífisis cerradas.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Endocrinólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

INDOMETHACIN

Productos Afectados

- *indomethacin oral capsule*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, ibuprofen, meloxicam, nabumetone, naproxen, o sulindac.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

INGREZZA

Productos Afectados

- INGREZZA
- INGREZZA INITIATION PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Austedo. Documentación de la línea de base con puntuaciones de la Escala de Movimientos Involuntarios Anormales (<i>Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS</i>). Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos como lo demuestra una puntuación AIMS mejorada en comparación con la línea de base.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo, Psiquiatra.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

INTERFERON BETA-1A

Productos Afectados

- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML
- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML
- REBIF (WITH ALBUMIN)
- REBIF REBIDOSE
- REBIF TITRATION PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Aubagio y glatiramer.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

INTRALIPID

Productos Afectados

- INTRALIPID INTRAVENOUS
EMULSION 30 %

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	3 meses.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

INVEGA HAFYERA

Productos Afectados

- INVEGA HAFYERA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral paliperidone e Invega Sustenna.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

INVEGA SUSTENNA

Productos Afectados

- INVEGA SUSTENNA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral paliperidone.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

INVEGA TRINZA

Productos Afectados

- INVEGA TRINZA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral paliperidone e Invega Sustenna.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ISOTRETINOIN

Productos Afectados

- *amnesteem*
- *claravis*
- *isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg*
- *myorisan*
- *zenatane*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo.
Duración de la Cobertura	20 semanas.
Otros Criterios	Acné común: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: benzoyl peroxide/clindamycin topical, benzoyl peroxide/erythromycin topical, clindamycin topical, doxycycline oral, erythromycin topical, minocycline oral, tetracycline oral o tretinoin topical.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ITRACONAZOLE

Productos Afectados

- *itraconazole oral solution*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

KALYDECO

Productos Afectados

- KALYDECO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de una mutación en el gen regulador de conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que responde al ivacaftor.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

KORLYM

Productos Afectados

- KORLYM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante de simvastatin, lovastatin y sustratos de CYP3A con intervalos terapéuticos estrechos (p. ej., cyclosporine, fentanyl, sirolimus, etc.). Antecedentes de sangrado vaginal sin explicación o hiperplasia endometrial atípica o carcinoma endometrial.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

Productos Afectados

- *ledipasvir-sofosbuvir*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de la infección crónica por hepatitis C confirmada por un ARN del virus de la hepatitis C en suero detectable mediante un ensayo cuantitativo. Documentación del genotipo. Documentación de la ausencia o presencia de cirrosis y si se compensa o descompensa. Documentación de cualquier tratamiento previo. Documentación del estado del trasplante hepático. El régimen de tratamiento se aprobará según el genotipo y la experiencia previa en el tratamiento, según lo definen las normas actuales de AASLD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	12 semanas.
Otros Criterios	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: sofosbuvir-velpatasvir (generic Epclusa).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

LEUKINE

Productos Afectados

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Leucemia mieloide con exceso de blastocitos en la médula ósea o sangre periférica igual o superior al 10%.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, Oncólogo.
Duración de la Cobertura	3 meses.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Nivestym y Zarxio.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

LEUPROLIDE ACETATE

Productos Afectados

- *leuprolide subcutaneous kit*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oncólogo, Urólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

LEVALBUTEROL

Productos Afectados

- *levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: albuterol inhalant solution.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

LIDOCAINE PATCH

Productos Afectados

- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

LINEZOLID

Productos Afectados

- *linezolid in dextrose 5%*
- *linezolid oral suspension for reconstitution*
- *linezolid oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

LOKELMA

Productos Afectados

- LOKELMA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de un nivel de potasio persistente superior a 5,0 mmol/L al inicio.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Nefrólogo, Cardiólogo, Endocrinólogo, Hematólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: sodium polystyrene sulfonate.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

LUPRON DEPOT

Productos Afectados

- LUPRON DEPOT
- LUPRON DEPOT (3 MONTH)
- LUPRON DEPOT (4 MONTH)
- LUPRON DEPOT (6 MONTH)

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Endometriosis: La paciente se ha sometido a una extirpación quirúrgica para prevenir la recurrencia, o bien, tiene un historial de ineficacia o contraindicación de los anticonceptivos orales o intolerancia a estos.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

LYRICA

Productos Afectados

- *pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg*
- *pregabalin oral solution*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Neuralgia postherpética: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: gabapentin. Neuropatía diabética: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: duloxetine y gabapentin. Fibromialgia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: duloxetine, gabapentin o Savella.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

MEGESTROL

Productos Afectados

- *megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)*
- *megestrol oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Caquexia asociada con el SIDA: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dronabinol y oxandrolone.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	

MEPROBAMATE

Productos Afectados

- *meprobamate*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de al menos dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: buspirone, duloxetine, escitalopram, o venlafaxine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

METHOCARBAMOL

Productos Afectados

- *methocarbamol oral*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Documentación que explique el beneficio específico establecido con el medicamento y cómo dicho beneficio es mayor que el riesgo potencial.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

METHOXSALEN

Productos Afectados

- *methoxsalen*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: calcipotriene, clobetasol, cyclosporine, fluocinonide, methotrexate, o tazarotene.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

METYROSIONE

Productos Afectados

- *metirosine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Hipertensión esencial.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

MODAFINIL

Productos Afectados

- *modafinil*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Narcolepsia: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dextroamphetamine y methylphenidate.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

NAYZILAM

Productos Afectados

- NAYZILAM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

NEUPRO

Productos Afectados

- NEUPRO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Enfermedad de Parkinson: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbidopa/levodopa, pramipexole, ropinirole, o selegiline. Síndrome de las Piernas Inquietas: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: pramipexole y ropinirole.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

NIVESTYM

Productos Afectados

- NIVESTYM INJECTION

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

NUCALA

Productos Afectados

- NUCALA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Alergista, Inmunólogo, Neumólogo, Reumatólogo, Hematólogo u Otorrinolaringólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Asma: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: 1) budesonide, Flovent, Arnuity Ellipta o Qvar y 2) fluticasone-salmeterol, Wixela, o Breo Ellipta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

NUEDEXTA

Productos Afectados

- NUEDEXTA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

NUPLAZID

Productos Afectados

- NUPLAZID ORAL CAPSULE
- NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

NUTRILIPID

Productos Afectados

- NUTRILIPID

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	3 meses.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

NUTRITIONAL

Productos Afectados

- ENSURE CLEAR LIQUID

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	La autorización de productos de nutrición enteral metabólica administrados por vía oral o por sonda de alimentación está restringida a beneficiarios con diagnóstico de errores congénitos del metabolismo (condición genética, metabólica).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Consulte la guía de Suplementos Nutricionales Enterales.
Otros Criterios	Productos Enterales Adicionales cubiertos según la guía de Suplemento Nutricional Enteral.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OCTREOTIDE

Productos Afectados

- *octreotide acetate injection solution*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OFEV

Productos Afectados

- OFEV

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh B o C).
Información Médica Requerida	<p>Autorización inicial: Diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática confirmado por la presencia de neumonía intersticial habitual en tomografía computarizada de alta resolución (<i>High Resolution Computed Tomography, HRCT</i>) y/o biopsia pulmonar quirúrgica. Documentación de las pruebas de función hepática, documentación de la línea base de la capacidad vital forzada (<i>Forced Vial Capacity, FVC</i>) mayor o igual al 50 por ciento del valor predicho Y documentación del porcentaje de capacidad de difusión pronosticada de los pulmones para el monóxido de carbono (% DLCO) mayor o igual al 30 por ciento. Diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial asociada a esclerosis sistémica: Documentación de pruebas de función hepática. Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos y documentación de las pruebas de función hepática.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OLANZAPINE ODT

Productos Afectados

- *olanzapine oral tablet, disintegrating*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar o ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral olanzapine.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OLANZAPINE SOLUTION

Productos Afectados

- *olanzapine intramuscular*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OMNITROPE

Productos Afectados

- OMNITROPE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (inicial): diagnóstico confirmado como resultado de diagnóstico anterior de deficiencia de la hormona de crecimiento (GHD) de inicio en la niñez o GHD de inicio en el adulto con documentación de deficiencia hormonal debido a enfermedad hipotalámico-hipofisiaria por causas orgánicas o conocidas (p. ej., daño por cirugía, irradiación craneal, traumatismo de cráneo, hemorragia subaracnoidea) y documentación de una prueba de estimulación de la hormona de crecimiento (p. ej., prueba de tolerancia a la insulina [ITT], arginine/GHRH, glucagon, arginine) para confirmar la GHD del adulto con los valores máximos de GH correspondientes ([ITT de 5 mcg/L o menos], [GHRH+ARG de 11 mcg/L o menos si el índice de masa corporal (IMC) es inferior a 25 kg/m², de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m², o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m²], [glucagon de 3 mcg/L o menos], [Arg de 0.4 mcg/L o menos]) o deficiencia documentada de tres hormonas de la hipófisis anterior (prolactina, ACTH, TSH, FSH/LH) y el nivel de IFG-1/somatomedin C es inferior al rango normal ajustado a la edad y al sexo según lo indicado por un análisis de laboratorio del médico.</p> <p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (reautorización): Documentación de experiencia positiva por parte del paciente.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Endocrinólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ORAL ANTIPSYCHOTICS

Productos Afectados

- *asenapine maleate*
- CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG
- FANAPT
- LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG
- *paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg*
- *quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg*
- VRAYLAR ORAL CAPSULE
- VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone o aripiprazole.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ORENCIA

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ORKAMBI

Productos Afectados

- ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG
- ORKAMBI ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de la mutación homocigota F508del en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR).
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OTEZLA

Productos Afectados

- OTEZLA
- OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Psoriasis en placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OXANDROLONE

Productos Afectados

- *oxandrolone*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OXBRYTA

Productos Afectados

- OXBRYTA ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de al menos 1 episodio de crisis vaso-oclusiva (<i>Vaso-occlusive Crisis, VOC</i>) en los últimos 12 meses. Hemoglobina (Hgb) mayor o igual a 5.5 y menor o igual a 10.5 g/dL. Reautorización: aumento de la hemoglobina inicial (Hgb) en más de o igual a 1g/dLdL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OXERVATE

Productos Afectados

- OXERVATE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Diagnóstico de queratitis neurotrófica en estadio 2 o 3.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oftalmólogo.
Duración de la Cobertura	8 meses.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PAH

Productos Afectados

- *ambrisentan*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Cardiólogo, Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: sildenafil o tadalafil. Aprobar si se combina con tadalafil para el tratamiento de pacientes con PAH sin tratamiento previo con FC II y III de WHO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PARATHYROID HORMONE ANALOGS

Productos Afectados

- TERIPARATIDE
- TYMLOS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Puntaje T de densidad mineral ósea (<i>Bone Mineral Density, BMD</i>) de -3.5 o menos según las mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), cadera (cuello femoral, cadera total) o radio (sitio de un tercio del radio) O BMD T- puntaje entre -2.5 y -3.5 (puntaje T de BMD mayor que -3.5 y menor o igual a -2.5) según las mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), cadera (cuello femoral, cadera total) o radio (sitio de un tercio del radio) y antecedentes de fracturas.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid o risedronate. Se requiere justificación médica para una duración del tratamiento superior a 24 meses.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PDE5 INHIBITORS

Productos Afectados

- *alyq*
- *sildenafil (pulm. Hipertensión) oral tablet*
- *tadalafil (pulm. Hipertensión)*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante de nitratos e inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE5).
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Cardiólogo, Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PEGASYS

Productos Afectados

- PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION
- PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Hepatitis C Crónica: La duración del tratamiento es determinada por las recomendaciones de etiquetado de la FDA o las recomendaciones de la AASLD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PEGFILGRASTIM

Productos Afectados

- FULPHILA
- UDENYCA
- ZIEXTENZO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Nivestym y Zarxio.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PHENOBARBITAL

Productos Afectados

- *phenobarbital*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, o zonisamide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PHENTERMINE

Productos Afectados

- *phentermine 15 mg capsule*
- *phentermine 30 mg capsule*
- *phentermine 37.5 mg tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	IMC (<i>Body Mass Index, BMI</i>), mayor o igual a 27 kg/m ² con una o más comorbilidades (por ejemplo, enfermedad coronaria, dislipidemia, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño), O IMC (BMI) mayor o igual a 30 kg/m ² . Reautorización: pérdida de durante los primeros 3 meses y falta de efectos secundarios.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	3 meses.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PIMECROLIMUS

Productos Afectados

- *pimecrolimus*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: clobetasol, betamethasone, fluocinolone o fluocinonide e ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: tacrolimus ointment.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

POSACONAZOLE

Productos Afectados

- *noxafil oral suspension*
- *posaconazole*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: fluconazole, itraconazole, o voriconazole.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PREMARIN TABLETS

Productos Afectados

- PREMARIN ORAL

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	<p>Profilaxis de osteoporosis posmenopáusica: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid y risedronate. Atrofia vaginal y vulvar: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol cream. Otras indicaciones: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol transdermal patch, estradiol tablet o estropipate.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PREMPRO TABLETS

Productos Afectados

- PREMPRO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	<p>Profilaxis de osteoporosis posmenopáusica: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid, y risedronate. Atrofia vaginal y vulvar: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol cream. Otras indicaciones: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol transdermal patch, estradiol tablet o estropipate.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PREVYMIS

Productos Afectados

- PREVYMIS ORAL

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Especialista en Trasplantes.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PROCRIT

Productos Afectados

- PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Hipertensión no controlada.
Información Médica Requerida	Para la anemia causada por enfermedad renal crónica: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL y documentación de saturación de transferrina superior o igual al 20% y ferritina superior o igual a 100 ng/mL. Para la anemia causada por quimioterapia: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL. Para indicaciones de la FDA en relación con procedimientos quirúrgicos: La hemoglobina (Hgb) es de 10 g/dL-13 g/dL, el paciente no es candidato para una autodonación de sangre y se prevé una pérdida significativa de sangre a causa de una cirugía programada, no cardíaca o no vascular. Inducida por zidovudine: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 11g/dL. Síndrome mielodisplásico: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 11 g/dL y la eritropoyetina es inferior o igual a 500 mU/mL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PROLIA

Productos Afectados

- PROLIA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Osteoporosis posmenopáusica: Puntaje T de densidad mineral ósea (BMD) de -3.5 o menos basado en mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), la cadera (cuello del fémur, cadera total) o el radio (tercio distal del radio), O BIEN, puntaje T de BMD entre -2.5 y -3.5 (puntaje T de BMD superior a -3.5 e inferior o igual a -2.5) basado en mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), la cadera (cuello del fémur, cadera total) o el radio (tercio distal del radio) y un historial de fracturas.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid y risedronate.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PROMACTA

Productos Afectados

- PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG
- PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de recuento de plaquetas. Trombocitopenia en infección por hepatitis C: Documentación de tratamiento concomitante o planeado de la hepatitis C crónica con interferon.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Hematólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Trombocitopenia crónica inmune (idiopática): Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dexamethasone, methylprednisolone, prednisolone o prednisone.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PROMETHAZINE

Productos Afectados

- *promethazine oral*
- *promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg*
- *promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Alergia: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: cetirizine y levocetirizine. Náuseas y vómitos: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: chlorpromazine, granisetron, ondansetron, o prochlorperazine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PROTRIPTYLINE

Productos Afectados

- *protriptyline*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PYRIMETHAMINE

Productos Afectados

- *pyrimethamine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Anemia por deficiencia de folato.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, Especialista en VIH, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Especialista en Trasplantes.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Profilaxis primaria de encefalitis toxoplásmica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: trimethoprim/sulfamethoxazole.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	

QUININE

Productos Afectados

- *quinine sulfate*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Prevención o tratamiento de calambres nocturnos en las piernas.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	10 días.
Otros Criterios	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: chloroquine o hydroxychloroquine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

RAYALDEE

Productos Afectados

- RAYALDEE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Enfermedad renal crónica en etapa 5 o enfermedad renal en etapa terminal en diálisis.
Información Médica Requerida	Niveles séricos totales documentados de 25-hidroxivitamina D inferiores a 30 ng/ml. Calcio sérico documentado por debajo de 9,8 mg/dL antes del inicio.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Nefrólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

REPATHA

Productos Afectados

- REPATHA PUSHTRONEX
- REPATHA SURECLICK
- REPATHA SYRINGE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>Documentación de los niveles actuales de LDL por encima de 100 mg/dL mientras se toma la terapia con statin y la terapia con ezetimibe máximamente tolerada, a menos que sea intolerante o esté contraindicada con la terapia con statin o ezetimibe. Prevención secundaria de ASCVD: documentación de al menos una característica de alto riesgo: SCA reciente (en los últimos 12 meses), antecedentes de infarto de miocardio, antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico o enfermedad arterial periférica sintomática (antecedentes de claudicación con ABI mayor de 0,85 o anterior revascularización o amputación). Hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HeFH) o hipercolesterolemia familiar homocigótica (HoFH): documentación para confirmar el diagnóstico mediante pruebas genéticas o por criterios clínicos (como Simon Broome o los criterios de la Red de Clínicas de lípidos holandeses, o antecedentes de LDL-C no tratada mayor de 180 mg/dL junto con xantoma o córnea), o evidencia de hipercolesterolemia familiar en familiares de primer o segundo grado.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Cardióloga, Endocrinóloga, Especialista en Lípidos.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	

RETACRIT

Productos Afectados

- RETACRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Hipertensión no controlada.
Información Médica Requerida	Para la anemia debida a enfermedad renal crónica: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL y la documentación de la saturación de transferrina es mayor o igual al 20% y la ferritina es mayor o igual a 100 ng/ml. Para la anemia debida a la quimioterapia: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL. Para indicaciones quirúrgicas de la FDA: la hemoglobina (Hgb) es 10g/dL-13g / dL y el paciente no es un candidato para la donación de sangre autóloga y se anticipa una pérdida significativa de sangre por cirugía electiva, no cardíaca o no vascular. Inducida por Zidovudina: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 11 g/dL. Síndrome mielodisplásico: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 11 g/dL y la eritropoyetina es inferior o igual a 500 mU/ml/mL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	

REXULTI

Productos Afectados

- REXULTI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Esquizofrenia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone o aripiprazole. Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, mirtazapine, paroxetine, sertraline, o venlafaxine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

RINVOQ

Productos Afectados

- RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Reumatólogo, Dermatólogo o Gastroenterólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Dermatitis atópica: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: un corticosteroide tópico (clobetasol, betamethasone, fluocinolone, o fluocinonide) o un agente inmunomodulador tópico (tacrolimus, pimecrolimus). Colitis ulcerosa: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: adalimumab.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

RISPERDAL CONSTA

Productos Afectados

- RISPERDAL CONSTA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral risperidone.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

RUFINAMIDE

Productos Afectados

- *rufinamide oral suspension*
- *rufinamide oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, clobazam o zonisamide. Para Rufinamide suspension: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Rufinamide tablet.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SAPROPTERIN

Productos Afectados

- *sapropterin*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SECUADO

Productos Afectados

- SECUADO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone o aripiprazole.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SIGNIFOR

Productos Afectados

- SIGNIFOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SIRTURO

Productos Afectados

- SIRTURO ORAL TABLET 100 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SKYRIZI

Productos Afectados

- SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Psoriasis en placas: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de dos de los siguientes: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SOFOSBUVIR-VELPATASVIR

Productos Afectados

- *sofosbuvir-velpatasvir*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de la infección crónica por hepatitis C confirmada por un ARN del virus de la hepatitis C en suero detectable mediante un ensayo cuantitativo. Documentación del genotipo. Documentación de la ausencia o presencia de cirrosis y si se compensa o descompensa. Documentación de cualquier tratamiento previo. Documentación del estado del trasplante hepático. El régimen de tratamiento se aprobará según el genotipo y la experiencia previa en el tratamiento según lo definido por las pautas actuales de AASLD.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	12 semanas.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SOMAVERT

Productos Afectados

- SOMAVERT

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Endocrinólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: octreotide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SPRITAM

Productos Afectados

- SPRITAM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: levetiracetam oral solution.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

STELARA

Productos Afectados

- STELARA SUBCUTANEOUS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Gastroenterólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Psoriasis en placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy. Enfermedad de Crohn and Colitis ulcerosa: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: budesonide, mesalamine o sulfasalazine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SYMDEKO

Productos Afectados

- SYMDEKO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de mutación F508del homocigótica o al menos una mutación en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que responde a tezacaftor/ivacaftor.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SYMLIN

Productos Afectados

- SYMLINPEN 120
- SYMLINPEN 60

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Gastroparesis confirmada.
Información Médica Requerida	Documentación de historial de puntajes de HbA1C del 7% o más después de al menos tres meses de tratamiento óptimo con insulina.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SYMPAZAN

Productos Afectados

- SYMPAZAN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid o zonisamide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SYNAREL

Productos Afectados

- SYNAREL

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TACROLIMUS OINTMENT

Productos Afectados

- *tacrolimus topical*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas tópicas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: clobetasol, betamethasone, fluocinolone, o fluocinonide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TAKHZYRO

Productos Afectados

- TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	El diagnóstico de angioedema hereditario (AEH) debe confirmarse mediante un análisis de sangre.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Alergólogo, Inmunólogo, Hematólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TALTZ

Productos Afectados

- TALTZ AUTOINJECTOR
- TALTZ SYRINGE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de BSA o que afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara o genitales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Espondilitis anquilosante: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen, o sulindac. Psoriasis en placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TARGRETIN

Productos Afectados

- *bexarotene*

- TARGRETIN TOPICAL

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Oncólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TAZORAC

Productos Afectados

- *tazarotene topical cream*
- TAZORAC TOPICAL GEL
- TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Psoriasis en placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: calcipotriene, clobetasol o fluocinonide. Acné común: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: benzoyl peroxide/clindamycin topical, benzoyl peroxide/erythromycin topical, clindamycin topical, doxycycline oral, erythromycin topical, minocycline oral, tetracycline oral o tretinoin topical.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TECFIDERA

Productos Afectados

- *dimethyl fumarate*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Aubagio y glatiramer.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TESTOSTERONE

Productos Afectados

- *methyltestosterone oral capsule*
- *testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml*
- *testosterone enanthate*
- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*
- *testosterone transdermal gel in packet*
- *testosterone transdermal solution in metered pump w/app*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Niveles de testosterona sérica documentados previos al tratamiento por debajo del rango de referencia del laboratorio en los últimos 3 meses.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TESTOSTERONE PUMP

Productos Afectados

- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*
- *testosterone transdermal gel in packet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Niveles de testosterona sérica documentados previos al tratamiento por debajo del rango de referencia del laboratorio en los últimos 3 meses.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: testosterone cypionate, testosterone enanthate o testosterone transdermal gel o solution.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TETRABENAZINE

Productos Afectados

- *tetrabenazine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concurrente con un IMAO. Depresión no tratada o tratada inadecuadamente, o tendencias suicidas actuales.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TIGECYCLINE

Productos Afectados

- *tigecycline*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TOBI PODHALER

Productos Afectados

- TOBI PODHALER INHALATION
CAPSULE, W/INHALATION DEVICE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TOBRAMYCIN SOLUTION

Productos Afectados

- *tobramycin in 0.225 % nacl*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TOLCAPONE

Productos Afectados

- *tolcapone*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de uso concomitante con levodopa y carbidopa.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole, o selegiline.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TRIENTINE

Productos Afectados

- *trientine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Cirrosis biliar, artritis reumatoide.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: penicillamine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TRIHXYPHENIDYL

Productos Afectados

- *trihexyphenidyl*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Glaucoma de ángulo estrecho.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Parkinsonismo: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole, o selegiline. Trastorno del movimiento inducido por medicamentos – enfermedad extrapiramidal: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amantadine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TRIMIPRAMINE

Productos Afectados

- *trimipramine*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TRINTELLIX

Productos Afectados

- TRINTELLIX

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

VALCHLOR

Productos Afectados

- VALCHLOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Oncólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

VANCOMYCIN CAPSULE

Productos Afectados

- *vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Diarrea por Clostridium Difficile: Reautorización: Documentación de resultado positivo de toxina de C. Difficile en heces fecales.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	3 meses.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

VASCEPA

Productos Afectados

- *icosapent ethyl oral capsule 1 gram*
- VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Reducción del riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, revascularización coronaria y angina inestable que requiera hospitalización: documentación de la terapia con statin máxima tolerada, a menos que sea intolerante o contraindicada, con triglicéridos elevados mayores o iguales a 150 mg/dl y con enfermedad cardiovascular establecida o diabetes mellitus con dos o más factores de riesgo adicionales de enfermedad cardiovascular. Hipertrigliceridemia severa: documentación de triglicéridos elevados mayores o iguales a 500 mg/dL.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Lipidólogo, Cardiólogo, Endocrinólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: omega-3 acid ethyl esters.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

VEMLIDY

Productos Afectados

- VEMLIDY

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hepatólogo, Gastroenterólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

VIBERZI

Productos Afectados

- VIBERZI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Antecedentes de extracción de vesícula.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dicyclomine y loperamide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

VIGABATRIN

Productos Afectados

- *vigabatrín oral powder in packet*
- *vigadrone*
- *vigabatrín oral tablet*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Convulsiones Parciales Complejas Resistentes al Tratamiento únicamente: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, o zonisamide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

VIIBRYD

Productos Afectados

- VIIBRYD ORAL TABLET
 - VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)
- *vilazodone*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

VORICONAZOLE

Productos Afectados

- *voriconazole intravenous*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

XATMEP

Productos Afectados

- XATMEP

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oncólogo, Pediatra, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

XELJANZ

Productos Afectados

- XELJANZ ORAL SOLUTION
- XELJANZ XR
- XELJANZ ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	<p>Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis psoriásica: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Colitis ulcerosa: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

XGEVA

Productos Afectados

- XGEVA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oncólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

XIFAXAN

Productos Afectados

- XIFAXAN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Encefalopatía hepática: Ineficacia de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: lactulose. Síndrome de intestino irritable con diarrea: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: loperamide. Diarrea del viajero: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: ciprofloxacina o levofloxacina.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

XOLAIR

Productos Afectados

- XOLAIR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Asma (Inicial): Volumen espiratorio forzado en un segundo o flujo espiratorio máximo inferior o igual al 80% del nivel previsto, o bien, las mediciones de control del asma indican asma no controlada (p. ej., puntaje de la Prueba de Control del Asma [ACT] de 19 o menos). Nivel inicial de IgE total en suero (antes del tratamiento con Xolair) superior o igual a 30 UI/mL. Prueba cutánea positiva o reactividad in vitro a aeroalérgeno perenne.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Alergista, Dermatólogo, Inmunólogo, Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

XYREM

Productos Afectados

- XYREM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Somnolencia diurna excesiva en pacientes con narcolepsia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dextroamphetamine, methylphenidate, y modafinil.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ZARXIO

Productos Afectados

- ZARXIO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ZEPATIER

Productos Afectados

- ZEPATIER

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de infección por hepatitis C crónica confirmada por un ARN del virus de la hepatitis C detectable en suero a través de un análisis cuantitativo. Documentación de genotipo. Documentación de la ausencia o presencia de cirrosis y si la afección está compensada o descompensada. Documentación de tratamientos previos. Documentación del estado del trasplante de hígado. El régimen de tratamiento será aprobado en base al genotipo y la experiencia previa en el tratamiento, tal como se define en las pautas actuales de la AASLD. Para el genotipo 1a: Documentación para la prueba de polimorfismo NS5A.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
Duración de la Cobertura	12 a 16 semanas según el genotipo y polimorfismo, la cirrosis o el tratamiento previo.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ZYPREXA RELPREVV

Productos Afectados

- ZYPREXA RELPREVV
INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR
RECONSTITUTION 210 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Historia documentada de consumo de oral olanzapine sin presentar efectos secundarios significativos desde el punto de vista clínico.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Invega Sustenna, Invega Trinza o Risperdal Consta.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

Índice de Medicamentos

A

ABELCET.....	1
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	2
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING.....	2
abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg ...	16, 17, 18
acitretin	3
ACTHAR	65
ACTIMMUNE.....	4
adefovir	5
AFINITOR DISPERZ.....	17, 18
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG	16
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG .	17, 18
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	7
ALECENSA.....	16, 17, 18
alosetron.....	8
ALUNBRIG.....	16, 17, 18
alyq.....	123
AMBISOME.....	9
ambrisentan.....	121
amitriptyline.....	10
amnestem.....	81
amoxapine.....	11
amphotericin b	12
APOKYN.....	19
apomorphine	19
aprepitant.....	20
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	13
ARCALYST	21
aripiprazole oral solution	22
aripiprazole oral tablet,disintegrating	22
armodafinil.....	23
asenapine maleate	114
atovaquone	24
AUBAGIO	25

AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG,
9 MG

AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200
MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG..

B

BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG.....	16, 17, 18
BARACLUDGE ORAL SOLUTION	50
BESREMI	16
bexarotene	164
BOSULIF	16, 17, 18
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG ..	16, 17, 18
BRIVIACT ORAL SOLUTION.....	13
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG.....	13
BRUKINSA	16, 17, 18

C

CABOMETYX	16, 17, 18
CALQUENCE	16, 17, 18
CAPLYTA	114
CAPRELSA	16, 17, 18
carisoprodol oral tablet 350 mg	27
casprofungin.....	28
claravis	81
clobazam oral suspension	14, 15
clobazam oral tablet	14, 15
clomipramine	29
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	30
COMETRIQ.....	16, 17, 18
COPIKTRA.....	16, 17, 18
CORLANOR ORAL SOLUTION.....	32, 33
CORLANOR ORAL TABLET	32, 33
COSENTYX (2 SYRINGES).....	34
COSENTYX PEN (2 PENS)	34
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML.....	34
COTELLIC	16, 17, 18
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg..	35

D

dalfampridine	36
DALIRESP	37

DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25
 MG 16, 17, 18
 deferasirox oral tablet, dispersible 38
 desipramine 39
 dexmethylphenidate oral tablet 6
 DIACOMIT 14, 15
 diazepam oral concentrate 40
 diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)
 40
 dimethyl fumarate 41, 166
 disopyramide phosphate oral capsule 42
 doxepin oral capsule 43
 doxepin oral concentrate 43
 DRIZALMA SPRINKLE 44
 dronabinol 45
 droxidopa 46
 DUAVEE 52

E

ELIGARD 47
 ELIGARD (3 MONTH) 47
 ELIGARD (4 MONTH) 47
 ELIGARD (6 MONTH) 47
 EMSAM 48
 ENBREL 49
 ENBREL MINI 49
 ENBREL SURECLICK 49
 ENSURE CLEAR LIQUID 107
 entecavir 50
 EPIDIOLEX 13
 ERIVEDGE 16, 17, 18
 ERLEADA 16, 17, 18
 erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg
 16, 17, 18
 ESBRIET ORAL CAPSULE 51
 ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801
 MG 51
 estradiol oral 52
 estradiol transdermal patch weekly 52
 everolimus (antineoplastic) 16, 17, 18
 everolimus (antineoplastic) oral tablet 16
 EXKIVITY 16

F

FANAPT 114
 FARYDAK 17, 18
 fentanyl citrate buccal lozenge on a handle
 53

FETZIMA 54
 FINTEPLA 14, 15
 FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE
 56
 FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS
 SOLUTION 10 % 72
 FOTIVDA 16, 17, 18
 FULPHILA 125
 FYCOMPA ORAL SUSPENSION 13
 FYCOMPA ORAL TABLET 13

G

GAMMAGARD LIQUID 72
 GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1
 GRAM/10 ML (10 %) 72
 GAVRETO 16, 17, 18
 GENOTROPIN 57, 58
 GENOTROPIN MINIQUICK 57, 58
 GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG 60
 GILOTRIF 16, 17, 18
 glatiramer 61
 glatopa 62
 glyburide 63
 glyburide micronized 63
 glyburide-metformin oral tablet 1.25-250
 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg 63
 guanfacine oral tablet 64
 guanfacine oral tablet extended release 24 hr
 64

H

HUMIRA PEN 67, 68
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START
 67, 68
 HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS
 70
 HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE
 KIT 40 MG/0.8 ML 67, 68
 HUMIRA(CF) 67, 68
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER
 69
 HUMIRA(CF) PEN 67, 68
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 67,
 68
 HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 69
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS
 67, 68

I

IBRANCE..... 16, 17, 18
icatibant..... 55
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG,
30 MG, 45 MG..... 16, 17, 18
icosapent ethyl 180
IDHIFA..... 16, 17, 18
imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg.. 16, 17,
18
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG,
70 MG 16, 17, 18
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG,
560 MG 16, 17, 18
imipramine hcl 71
imipramine pamoate..... 71
INCRELEX..... 73
indomethacin oral capsule..... 74
INGREZZA..... 75
INGREZZA INITIATION PACK 75
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG. 16,
17, 18
INQOVI 16, 17, 18
INREBIC..... 16, 17, 18
INTRALIPID INTRAVENOUS
EMULSION 30 %..... 77
INVEGA HAFYERA 78
INVEGA SUSTENNA 79
INVEGA TRINZA..... 80
IRESSA..... 16, 17, 18
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30
mg, 40 mg 81
itraconazole oral solution..... 82

J

JAKAFI..... 16, 17, 18

K

KALYDECO..... 83
KISQALI FEMARA CO-PACK .. 16, 17, 18
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY
(200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X
2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)... 16, 17,
18
KORLYM 84
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25
MG 16, 17, 18

L

lacosamide oral solution 14

lapatinib..... 16, 17, 18
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20
MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG..... 114
ledipasvir-sofosbuvir..... 85
lenalidomide..... 16
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY
(10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3),
14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18
MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20
MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10
MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY
(4 MG X 2)..... 16, 17, 18
LEUKINE INJECTION RECON SOLN.. 86
leuprolide subcutaneous kit..... 87
levulbuterol hcl inhalation solution for
nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml,
1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml..... 88
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5
% 89
linezolid in dextrose 5%..... 90
linezolid oral suspension for reconstitution
..... 90
linezolid oral tablet 90
LOKELMA..... 91
LONSURF 16, 17, 18
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25
MG 16, 17, 18
LUMAKRAS 16, 17, 18
LUPRON DEPOT..... 92
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 92
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 92
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 92
LYNPARZA 16, 17, 18

M

MATULANE 16, 17, 18
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40
mg/ml)..... 94
megestrol oral tablet..... 94
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2
MG 16, 17, 18
MEKTOVI 16, 17, 18
meprobamate..... 95
methocarbamol oral 96
methoxsalen 97
methylphenidate hcl oral capsule, er
biphasic 30-70..... 6

methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic
 50-50 6
 methylphenidate hcl oral solution..... 6
 methylphenidate hcl oral tablet..... 6
 methylphenidate hcl oral tablet extended
 release 6
 methyltestosterone oral capsule 167
 metyrosine..... 98
 modafinil..... 99
 molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg66
 MOVANTIK..... 31
 myorisan..... 81
N
 NAYZILAM 100
 NERLYNX 16, 17, 18
 NEUPRO..... 101
 NEXAVAR..... 16, 17, 18
 NINLARO..... 16, 17, 18
 NIVESTYM INJECTION 102
 noxafil oral suspension 129
 NUBEQA 16, 17, 18
 NUCALA..... 103
 NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-
 INJECTOR..... 103
 NUEDEXTA..... 104
 NUPLAZID ORAL CAPSULE..... 105
 NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG... 105
 NUTRILIPID 106
O
 octreotide acetate injection solution..... 108
 ODOMZO 16, 17, 18
 OFEV 109
 olanzapine intramuscular 111
 olanzapine oral tablet,disintegrating 110
 OMNITROPE 112, 113
 ONUREG 16, 17, 18
 ORENCIA CLICKJECT..... 115
 ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5
 MG/0.7 ML 115
 ORGOVYX..... 16, 17, 18
 ORKAMBI ORAL GRANULES IN
 PACKET 116
 ORKAMBI ORAL TABLET 116
 OTEZLA..... 117

OTEZLA STARTER ORAL
 TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20
 MG (4)-30 MG (47)..... 117
 oxandrolone..... 118
 OXBRYTA 119
 OXERVATE 120
P
 paliperidone oral tablet extended release
 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg..... 114
 PANRETIN..... 16
 PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION
 124
 PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE
 124
 PEMAZYRE..... 16, 17, 18
 phenobarbital..... 126
 phentermine 15 mg capsule 127
 phentermine 30 mg capsule 127
 phentermine 37.5 mg tablet..... 127
 pimecrolimus..... 128
 PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY
 (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG
 X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG
 X 2) 16, 17, 18
 PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN
 INJECTOR 125 MCG/0.5 ML 76
 PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125 MCG/0.5 ML 76
 POMALYST 17, 18
 posaconazole oral tablet,delayed release
 (dr/ec)..... 129
 pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg,
 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg,
 75 mg 93
 pregabalin oral solution..... 93
 PREMARIN ORAL 130
 PREMPRO 131
 PREVYMIS ORAL 132
 PROCROT INJECTION SOLUTION 10,000
 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000
 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000
 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML 133
 PROLIA 134
 PROMACTA ORAL POWDER IN
 PACKET 12.5 MG, 25 MG 135

PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	135	SECUADO.....	149
promethazine oral.....	136	SIGNIFOR	150
promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	136	sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet	123
promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg	136	SIRTURO ORAL TABLET 100 MG.....	151
protriptyline.....	137	SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR.....	152
PURIXAN.....	17, 18	SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	152
pyrimethamine	138	SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	152
Q		sofosbuvir-velpatasvir.....	153
QINLOCK.....	17, 18	SOMAVERT.....	154
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	114	sorafenib.....	17
quinine sulfate.....	139	SPRITAM	155
R		SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG .	17, 18
RAYALDEE.....	140	STELARA SUBCUTANEOUS.....	156
REBIF (WITH ALBUMIN)	76	STIVARGA	17, 18
REBIF REBIDOSE.....	76	SUNITINIB ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	17, 18
REBIF TITRATION PACK	76	SUTENT	17, 18
REPATHA PUSHTRONEX.....	141, 142	SYMDEKO.....	157
REPATHA SURECLICK.....	141, 142	SYMLINPEN 120.....	158
REPATHA SYRINGE.....	141, 142	SYMLINPEN 60.....	158
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML ...	143	SYMPAZAN.....	159
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	17, 18	SYNAREL	160
REVLIMID.....	17, 18	SYNRIBO.....	17, 18
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG	17	T	
REXULTI	144	TABLOID.....	17, 18
RINVOQ.....	145	TABRECTA	17, 18
RISPERDAL CONSTA.....	146	tacrolimus topical.....	161
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	17, 18	tadalafil (pulm. hypertension).....	123
RUBRACA	17, 18	TAFINLAR.....	17, 18
rufinamide oral suspension	147	TAGRISSO.....	17, 18
rufinamide oral tablet.....	147	TAKHZYRO.....	162
RYDAPT.....	17, 18	TALTZ AUTOINJECTOR.....	163
S		TALTZ SYRINGE.....	163
sapropterin.....	148	TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG	17, 18
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	17	TARGRETIN TOPICAL	164
		TASIGNA	17, 18
		tazarotene topical cream	165
		TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	165
		TAZORAC TOPICAL GEL.....	165
		TAZVERIK.....	17, 18

TEPMETKO	17, 18	VERSACLOZ.....	30
TERIPARATIDE.....	122	VERZENIO.....	17, 18
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml.....	167	VIBERZI.....	182
testosterone enanthate	167	vigabatrin oral powder in packet.....	183
testosterone transdermal gel in metered-dose pump	167, 168	vigabatrin oral tablet	183
testosterone transdermal gel in packet ...	167, 168	vigadrone.....	183
testosterone transdermal solution in metered pump w/app.....	167	VIIBRYD ORAL TABLET.....	184
tetrabenazine	169	VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23).....	184
THALOMID	17, 18	VIMPAT ORAL SOLUTION	14, 15
thioridazine	66	VIMPAT ORAL TABLET.....	14, 15
TIBSOVO	17, 18	VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	17, 18
tigecycline.....	170	VITRAKVI ORAL SOLUTION	17, 18
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	171	VIZIMPRO	17, 18
tobramycin in 0.225 % nacl	172	VONJO	17
tolcapone.....	173	voriconazole intravenous	185
trientine	174	VOTRIENT.....	17, 18
trihexyphenidyl	175	VRAYLAR ORAL CAPSULE.....	114
trimipramine.....	176	VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK.....	114
TRINTELLIX.....	177	W	
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3).....	17	WELIREG.....	17
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	17, 18	X	
TURALIO	17, 18	XALKORI.....	17, 18
TYMLOS	122	XATMEP	186
U		XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1- 100MG X1).....	17, 18
UDENYCA.....	125	XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/DAY (200 MG X1- 150MG X1).....	14, 15
UKONIQ.....	17, 18	XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	14, 15
V		XCOPRI TITRATION PACK.....	14, 15
VALCHLOR.....	178	XELJANZ ORAL SOLUTION	187
vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg	179	XELJANZ ORAL TABLET.....	187
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	180	XELJANZ XR	187
VEMLIDY	181	XERMELO	17, 18
VENCLEXTA.....	17, 18	XGEVA.....	188
VENCLEXTA STARTING PACK	17, 18	XIFAXAN.....	189
		XOLAIR	190
		XOSPATA	17, 18
		XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5), 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40	

MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE
 WEEK (40 MG X 2), 40MG TWICE
 WEEK (80 MG/WEEK), 60 MG/WEEK
 (20 MG X 3), 60 MG/WEEK (60 MG X
 1), 60MG TWICE WEEK (120
 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X
 4), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG
 TWICE WEEK (160 MG/WEEK).. 17, 18
 XTANDI 17, 18
 XYREM 191
Y
 YONSA..... 17, 18
Z
 ZARXIO 192

ZEJULA 17, 18
 ZELBORAF 17, 18
 zenatane..... 81
 ZEPATIER..... 193
 ZIEXTENZO 125
 ziprasidone mesylate 59
 ZOLINZA 17, 18
 ZYDELIG 17, 18
 ZYKADIA ORAL TABLET 17, 18
 ZYPREXA RELPREVV
 INTRAMUSCULAR SUSPENSION
 FOR RECONSTITUTION 210 MG... 194