

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

ALOSETRON

Productos Afectados

- *alosetron*

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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
- 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	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	
Prerrequisito de la Parte B	No

ANTICONVULSANTS 2

Productos Afectados

- *clobazam oral suspension*
- *clobazam oral tablet*
- DIACOMIT
- FINTEPLA
- VIMPAT ORAL TABLET
- XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)
- XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG

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).

Crterios de Autorización Previa	Detalles de los Crterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

ANTINEOPLASTIC

Productos Afectados

- *abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg*
- AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG
- ALECENSA
- ALUNBRIG
- AYWAKIT 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 suspension 3 mg, 5 mg*
- 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*
- 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
- 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*
- 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
- 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	
Restricciones de Edad	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

APOKYN

Productos Afectados

- APOKYN
- *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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 monoaminoxidasa (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	
Prerrequisito de la Parte B	No

CASPOFUNGIN

Productos Afectados

- *caspofungin*

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 ese beneficio supera 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

EMSAM

Productos Afectados

- EMSAM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante con otros fármacos serotoninérgicos (es decir SSRIs, SNRIs, 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

ESBRIET

Productos Afectados

- ESBRIET ORAL CAPSULE
- ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG
- *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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

GILENYA

Productos Afectados

- GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Información Médica Requerida	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones de Edad	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones del Profesional que Receta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Duración de la Cobertura	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Otros Criterios	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Indicaciones	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Usos No Indicados en la Etiqueta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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, dexmethylphenidate, 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	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 o 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

HUMIRA PSORIASIS

Productos Afectados

- HUMIRA PEN PSOR-UEVEITS-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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 semana.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

KERENDIA

Productos Afectados

- KERENDIA

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	Análisis de laboratorio en los últimos 30 días que documenten un nivel de potasio sérico inferior o igual a 5,0 mEq/L, una tasa de filtración glomerular estimada de al menos 25 ml/min/1,73 m ² y una proporción de albúmina a creatinina en orina (UACR) de al menos 30 mg/g (2) Recibir terapia simultánea con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (inhibidor de la ECA) o un bloqueador del receptor de angiotensina (ARB) a la dosis máxima tolerada indicada en la etiqueta, a menos que esté contraindicado (3) justificación médica de que un cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2) (Jardiance, Invokana, Farxiga, Steglatro) Y un antagonista de los receptores de mineralocorticoides esteroideos (espironolactona, eplerenona) se probaron y hubo ineficacia, están contraindicados o no serían médicamente apropiados para el paciente.
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).

Crterios de Autorización Previa	Detalles de los Crterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

METHOXSALLEN

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

METHYLDOPA/HYDROCHLOROTHIAZIDE

Productos Afectados

- *methyldopa-hydrochlorothiazide*

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: benazepril, fosinopril, hydrochlorothiazide, irbesartan, lisinopril, losartan, losartan/hydrochlorothiazide, lisinopril/hydrochlorothiazide, quinapril/hydrochlorothiazide, quinapril, ramipril, o valsartan/hydrochlorothiazide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

METYROSINE

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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. Asthma: 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

NUPLAZID

Productos Afectados

- NUPLAZID

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

OFEV

Productos Afectados

- OFEV

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Información Médica Requerida	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones de Edad	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones del Profesional que Receta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Duración de la Cobertura	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Otros Criterios	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Indicaciones	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Usos No Indicados en la Etiqueta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

ORAL ANTIPSYCHOTICS

Productos Afectados

- *asenapine maleate*
- CAPLYTA
- 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Información Médica Requerida	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones de Edad	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones del Profesional que Receta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Duración de la Cobertura	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Otros Criterios	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Indicaciones	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Usos No Indicados en la Etiqueta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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. Plaque psoriasis: 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

OXBRYTA

Productos Afectados

- OXBRYTA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Información Médica Requerida	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones de Edad	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones del Profesional que Receta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Duración de la Cobertura	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Otros Criterios	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Indicaciones	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Usos No Indicados en la Etiqueta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Prerrequisito de la Parte B	No

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 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

PDE5 INHIBITORS

Productos Afectados

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

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 and 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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 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.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

PROLASTIN C

Productos Afectados

- PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV
- PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Evidencia clínica de enfisema.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Niveles séricos previos al tratamiento de alfa-1 antitripsina (AAT) inferiores a 11 micromol/L (80 mg/dl por inmunodifusión radial o 50 mg/dl por nefelometría)
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

PROMACTA

Productos Afectados

- PROMACTA

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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).

Crterios de Autorización Previa	Detalles de los Crterios
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

RHOPRESSA

Productos Afectados

- RHOPRESSA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	La justificación médica que especifica que DOS agentes para el glaucoma de diferentes clases de la lista de medicamentos se probaron y fueron ineficaces, están contraindicados o no serían médicamente apropiados. Las clases de fármacos incluyen agonistas alfa adrenérgicos (brimonidina), prostaglandinas (latanoprost, travoprost) o bloqueadores beta (timolol, levobunolol).
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Información Médica Requerida	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones de Edad	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones del Profesional que Receta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Duración de la Cobertura	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Otros Criterios	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Indicaciones	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Usos No Indicados en la Etiqueta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Información Médica Requerida	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones de Edad	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones del Profesional que Receta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Duración de la Cobertura	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Otros Criterios	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Indicaciones	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Usos No Indicados en la Etiqueta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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. Plaque psoriasis: 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	

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRIHXYPHENIDYL

Productos Afectados

- *trihexyphenidyl*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Narrow angle glaucoma.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

UBRELVY

Productos Afectados

- UBRELVY

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Justificación médica que especifique que DOS medicamentos contra la migraña de diferentes clases de la lista de medicamentos se probaron y fueron ineficaces, están contraindicados o no serían médicamente apropiados. Las clases incluyen: (1) analgésicos: aspirin, naproxen, ibuprofen, diclofenac, celecoxib, indomethacin, nabumetone y (2) Triptans- sumatriptan, rizatriptan/rizatriptan ODT.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo, Especialista en Dolor, Especialista en Dolor de Cabeza.
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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

XOLAIR

Productos Afectados

- XOLAIR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Información Médica Requerida	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones de Edad	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Restricciones del Profesional que Receta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Duración de la Cobertura	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Otros Criterios	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Indicaciones	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Usos No Indicados en la Etiqueta	Criterios de Autorización Previa: Aprobación pendiente de CMS.
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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	
Prerrequisito de la Parte B	No

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 ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG	16, 17, 18
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	7
ALECENSA.....	16, 17, 18
alosetron.....	8
ALUNBRIG.....	16, 17, 18
alyq.....	124
AMBISOME.....	9
ambrisentan	122
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	115
atovaquone	24
AUBAGIO	25
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG	26

AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200
MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG.. 16, 17, 18

B

BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG.....	16, 17, 18
BARACLUDE ORAL SOLUTION	49
BESREMI	16, 17, 18
bexarotene	166
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
 115 |

CAPRELSA
 16, 17, 18 |

caspofungin.....
 27 |

claravis
 81 |

clobazam oral suspension
 14, 15 |

clobazam oral tablet
 14, 15 |

clomipramine
 28 |

clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg,
12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg
 29 |

COMETRIQ.....
 16, 17, 18 |

COPIKTRA.....
 16, 17, 18 |

CORLANOR ORAL SOLUTION.....
 31, 32 |

CORLANOR ORAL TABLET
 31, 32 |

COTELLIC
 16, 17, 18 |

cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg..
 33 |

D

dalfampridine
 34 |

DALIRESP
 35 |

DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25
MG
 16, 17, 18 |

deferasirox oral tablet, dispersible
 36 |

desipramine
 37 |

dexmethylphenidate oral tablet.....
 6 |

DIACOMIT.....
 14, 15 |

diazepam intensol.....
 38 |

diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml) 38

dimethyl fumarate 39, 168

disopyramide phosphate oral capsule 40

doxepin oral capsule 41

doxepin oral concentrate 41

DRIZALMA SPRINKLE 42

dronabinol 43

droxidopa 44

DUAVEE 51

E

ELIGARD 45

ELIGARD (3 MONTH)..... 45

ELIGARD (4 MONTH)..... 45

ELIGARD (6 MONTH)..... 45

EMSAM 46

ENBREL 47, 48

ENBREL MINI..... 47, 48

ENBREL SURECLICK..... 47, 48

entecavir 49

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..... 50

ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801
MG 50

estradiol oral..... 51

estradiol transdermal patch weekly..... 51

everolimus (antineoplastic) oral tablet 16, 17,
18

everolimus (antineoplastic) oral tablet for
suspension 3 mg, 5 mg..... 16, 17, 18

EXKIVITY 16, 17, 18

F

FANAPT 115

fentanyl citrate buccal lozenge on a handle
..... 52

FETZIMA 53

FINTEPLA..... 14, 15

FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE
..... 55

FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS
SOLUTION 10 % 72

FOTIVDA 16, 17, 18

FULPHILA 126

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 56, 57

GENOTROPIN MINIQUICK 56, 57

GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG..... 59

GILOTRIF 16, 17, 18

glatiramer 60

glatopa..... 61

glyburide 62

glyburide micronized 62

glyburide-metformin oral tablet 1.25-250
mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg..... 62

guanfacine oral tablet..... 63, 64

guanfacine oral tablet extended release 24 hr
..... 63, 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..... 54

ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG,
30 MG, 45 MG..... 16, 17, 18

icosapent ethyl oral capsule 1 gram 183

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		
KERENDIA	84, 85		
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	86		
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	16, 17, 18		
L			
lapatinib.....	16, 17, 18		
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG.....	115		
ledipasvir-sofosbuvir.....	87		
lenalidomide.....	16, 17, 18		
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..	88		
leuprolide subcutaneous kit.....	89		
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.....	90		
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	91		
linezolid in dextrose 5%.....	92		
linezolid oral suspension for reconstitution	92		
linezolid oral tablet	92		
LOKELMA.....	93		
LONSURF	16, 17, 18		
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	16, 17, 18		
LUMAKRAS	16, 17, 18		
LUPRON DEPOT.....	94		
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	94		
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	94		
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	94		
LYNPARZA	16, 17, 18		
M			
MATULANE	16, 17, 18		
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml).....	96		
megestrol oral tablet.....	96		
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	16, 17, 18		
MEKTOVI	16, 17, 18		
meprobamate.....	97		
methocarbamol oral	98		
methoxsalen	99		
methyl dopa-hydrochlorothiazide	100		
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 169
 metyrosine..... 101
 modafinil 102
 molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg 66
 MOVANTIK..... 30
 myorisan..... 81
N
 NAYZILAM 103
 NERLYNX 16, 17, 18
 NEXAVAR..... 16, 17, 18
 NINLARO..... 16, 17, 18
 NIVESTYM INJECTION 104
 NOXAFIL ORAL SUSPENSION 129
 NUBEQA 16, 17, 18
 NUCALA 105
 NUEDEXTA..... 106
 NUPLAZID..... 107
 NUTRILIPID 108
O
 octreotide acetate injection solution..... 109
 ODOMZO 16, 17, 18
 OFEV 110
 olanzapine intramuscular 112
 olanzapine oral tablet, disintegrating 111
 OMNITROPE 113, 114
 ONUREG 16, 17, 18
 ORENCIA CLICKJECT..... 116
 ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5
 MG/0.7 ML 116
 ORGOVYX..... 16, 17, 18
 ORKAMBI ORAL GRANULES IN
 PACKET 100-125 MG, 150-188 MG 117
 ORKAMBI ORAL TABLET 117
 OTEZLA 118
 OTEZLA STARTER ORAL
 TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20
 MG (4)-30 MG (47) 118
 oxandrolone..... 119
 OXBRYTA 120
 OXERVATE..... 121
P
 paliperidone oral tablet extended release
 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg 115
 PANRETIN..... 16, 17, 18

PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION
 125
 PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125
 PEMAZYRE..... 16, 17, 18
 phenobarbital..... 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
 pifrenidone oral tablet 267 mg, 801 mg.... 50
 PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN
 INJECTOR 125 MCG/0.5 ML 76
 PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125 MCG/0.5 ML 76
 POMALYST 16, 17, 18
 posaconazole 129
 pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg,
 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg,
 75 mg 95
 pregabalin oral solution..... 95
 PREMARIN ORAL 130
 PREMPRO 131
 PREVYMIS ORAL 132
 PROCRIT 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
 PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL
 PRICE/ONE MG, SUV 134
 PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON
 SOLN 134
 PROLIA 135
 PROMACTA 136
 promethazine oral..... 137
 promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25
 mg 137
 promethegan rectal suppository 25 mg, 50
 mg 137
 protriptyline..... 138
 PURIXAN..... 17, 18
 pyrimethamine 139
Q
 QINLOCK..... 17, 18

quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	115	sorafenib.....	17, 18
quinine sulfate.....	140	SPRITAM	156
R		SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG .	17, 18
REBIF (WITH ALBUMIN)	76	STELARA SUBCUTANEOUS.....	157, 158
REBIF REBIDOSE.....	76	STIVARGA	17, 18
REBIF TITRATION PACK	76	sunitinib.....	17, 18
REPATHA PUSHTRONEX.....	141, 142	SUTENT	17, 18
REPATHA SURECLICK.....	141, 142	SYMDEKO.....	159
REPATHA SYRINGE.....	141, 142	SYMLINPEN 120.....	160
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	SYMLINPEN 60.....	160
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	17, 18	SYMPAZAN.....	161
REVLIMID.....	17, 18	SYNAREL	162
REXULTI	144	SYNRIBO	17, 18
RHOPRESSA	145	T	
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	146	TABLOID.....	17, 18
RISPERDAL CONSTA.....	147	TABRECTA	17, 18
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	17, 18	tacrolimus topical.....	163
RUBRACA	17, 18	tadalafil (pulm. hypertension).....	124
rufinamide oral suspension	148	TAFINLAR.....	17, 18
rufinamide oral tablet.....	148	TAGRISO	17, 18
RYDAPT.....	17, 18	TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION.....	164
S		TALTZ AUTOINJECTOR.....	165
sapropterin.....	149	TALTZ SYRINGE.....	165
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	17, 18	TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	17, 18
SECUADO.....	150	TARGRETIN TOPICAL	166
SIGNIFOR	151	TASIGNA.....	17, 18
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet	124	tazarotene topical cream	167
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG.....	152	TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	167
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR.....	153	TAZORAC TOPICAL GEL	167
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML.....	153	TAZVERIK.....	17, 18
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	153	TEPMETKO	17, 18
sofosbuvir-velpatasvir.....	154	teriparatide	123
SOMAVERT.....	155	testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml.....	169
		testosterone enanthate	169
		testosterone transdermal gel in metered-dose pump	169, 170
		testosterone transdermal gel in packet ...	169, 170
		testosterone transdermal solution in metered pump w/app.....	169
		tetrabenazine	171

THALOMID	17, 18	VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25	
thioridazine	66	MG	17, 18
TIBSOVO	17, 18	VITRAKVI ORAL SOLUTION	17, 18
tigecycline	172	VIZIMPRO	17, 18
TOBI PODHALER INHALATION		VONJO	17, 18
CAPSULE, W/INHALATION DEVICE		voriconazole intravenous	188
.....	173	VOTRIENT.....	17, 18
tobramycin in 0.225 % nacl	174	VRAYLAR ORAL CAPSULE.....	115
tolcapone	175	VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE	
trientine	176	PACK.....	115
trihexyphenidyl	177	W	
trimipramine.....	178	WELIREG.....	17, 18
TRINTELLIX	179	X	
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100		XALKORI.....	17, 18
MG/DAY (100 MG X 1), 125		XATMEP	189
MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50		XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL	
MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25		TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-	
MG X 3).....	17, 18	100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-	
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50		150MG X1).....	14, 15
MG	17, 18	XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150	
TURALIO	17, 18	MG, 200 MG, 50 MG	14, 15
TYMLOS	123	XCOPRI TITRATION PACK.....	13
U		XELJANZ ORAL SOLUTION	190
UBRELVY.....	180	XELJANZ ORAL TABLET.....	190
UDENYCA.....	126	XELJANZ XR	190
V		XERMELO	17, 18
VALCHLOR.....	181	XGEVA.....	191
vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg		XIFAXAN.....	192
.....	182	XOLAIR	193
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM		XOSPATA	17, 18
.....	183	XPROVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK	
VEMLIDY	184	(50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X	
VENCLEXTA.....	17, 18	1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2),	
VENCLEXTA STARTING PACK ...	17, 18	60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG	
VERSACLOZ.....	29	TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80	
VERZENIO.....	17, 18	MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE	
VIBERZI.....	185	WEEK (160 MG/WEEK)	17, 18
vigabatrin oral powder in packet.....	186	XTANDI	17, 18
vigabatrin oral tablet	186	XYREM	194
vigadrone.....	186	Y	
VIIBRYD ORAL TABLET.....	187	YONSA.....	17, 18
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK		Z	
10 MG (7)- 20 MG (23).....	187	ZARXIO	195
vilazodone	187	ZEJULA	17, 18
VIMPAT ORAL TABLET.....	14, 15	ZELBORAF.....	17, 18
		zenatane.....	81

ZEPATIER..... 196
ZIEXTENZO 126
ziprasidone mesylate..... 58
ZOLINZA 17, 18
ZYDELIG 17, 18

ZYKADIA ORAL TABLET 17, 18
ZYPREXA RELPREVV
INTRAMUSCULAR SUSPENSION
FOR RECONSTITUTION 210 MG... 197