

Criterio de Autorización Previa
Última Actualización: 17 de diciembre de 2020
Fecha de Entrada en Vigencia: 1 de enero de 2021



Autorizaciones Previas 2021 *(Lista de Autorizaciones Previas)*

POR FAVOR LEA DETALLADAMENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LAS AUTORIZACIONES PREVIAS DE MEDICAMENTOS QUE CUBRE ESTE PLAN.

Aviso para los Miembros existentes: Los beneficiarios deben recurrir a farmacias de la red para acceder al beneficio de medicamentos recetados. Los Beneficios, la Lista de Medicamentos Cubiertos, la red de farmacias y de proveedores, así como los copagos podrían cambiar ocasionalmente a lo largo del año y el 1 de enero de cada año.

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un Plan de Salud que tiene un contrato con ambos Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados. Usted puede obtener esta información gratis en otros idiomas. Llame al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

You can get this information for free in other languages. Call 1-877-273-IEHP (4347), 8am–8pm (PST) 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free.

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ABILIFY MAINTENA

Productos Afectados

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

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

ACITRETIN

Productos Afectados

- *acitretin*

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

ACTIMMUNE

Productos Afectados

- ACTIMMUNE

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

ADEFOVIR

Productos Afectados

- *adefovir*

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

ADHD

Productos Afectados

- *dexmethylphenidate oral tablet*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg*
- *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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

AIMOVIG

Productos Afectados

- AIMOVIG AUTOINJECTOR

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neuróloga, 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ALLI

Productos Afectados

- ALLI 60 MG CAPSULE STARTER PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	IMC (<i>Body Mass Index, BMI</i>), mayor o igual a 27 kg/m ² con una o más comorbilidades (por ejemplo, enfermedad coronaria, dislipidemia, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño), o IMC (<i>BMI</i>) mayor o igual a 30 kg/m ² . Reautorización: pérdida de peso documentada del 5% durante los primeros 3 meses de tratamiento y falta de efectos secundarios.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	3 meses.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ALOSETRON

Productos Afectados

- *alose tron*

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

AMBISOME

Productos Afectados

- AMBISOME

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

AMITRIPTYLINE

Productos Afectados

- *amitriptyline*

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

AMOXAPINE

Productos Afectados

- *amoxapine*

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

AMPHOTERICIN B

Productos Afectados

- *amphotericin b*

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

ANADROL

Productos Afectados

- ANADROL-50

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Hematólogo, 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ANTICONVULSANTS 1

Productos Afectados

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

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

ANTICONVULSANTS 2

Productos Afectados

- *clobazam oral suspension*
- *clobazam oral tablet*
- FINTEPLA
- VIMPAT ORAL SOLUTION
- VIMPAT ORAL TABLET
- XCOPRI MAINTENANCE PACK
- XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG
- XCOPRI TITRATION PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Neurólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ANTINEOPLASTIC

Productos Afectados

- *abiraterone*
- AFINITOR DISPERZ
- AFINITOR ORAL TABLET 10 MG
- ALECENSA
- ALUNBRIG
- AYVAKIT
- BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG
- 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*
- FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG
- GILOTRIF
- IBRANCE
- ICLUSIG ORAL TABLET 15 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
- 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)
- LONSURF
- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- LYNPARZA ORAL TABLET
- MATULANE
- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG
- MEKTOVI
- NERLYNX
- NEXAVAR
- NINLARO
- NUBEQA
- ODOMZO
- PEMAZYRE
- 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)
- POMALYST
- PURIXAN
- QINLOCK
- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG
- REVLIMID
- ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG
- RUBRACA
- RYDAPT
- SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG
- STIVARGA
- SUTENT
- SYNRIPO
- TABLOID
- TABRECTA
- TAFINLAR
- TAGRISSO
- TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG
- TASIGNA

- TAZVERIK
- THALOMID
- TIBSOVO
- TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG
- TURALIO
- TYKERB
- VENCLEXTA
- VENCLEXTA STARTING PACK
- VERZENIO
- VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI ORAL SOLUTION
- VIZIMPRO
- VOTRIENT
- XALKORI
- XOSPATA
- XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5), 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 60 MG/WEEK (20 MG X 3), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)
- XTANDI
- YONSA
- ZEJULA
- ZELBORAF
- ZOLINZA
- ZYDELIG
- ZYKADIA ORAL TABLET
- ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG

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

APOKYN

Productos Afectados

- APOKYN

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 antiparkinsonianos como amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole, o selegiline.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

APREPITANT

Productos Afectados

- *aprepitant*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	6 meses.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de una de las alternativas de un antagonista de 5-HT ₃ de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: ondansetron o granisetron salvo cuando el Miembro está recibiendo quimioterapia.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ARCALYST

Productos Afectados

- ARCALYST

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Tomar simultáneamente cualquier agente bloqueante del factor de necrosis tumoral (<i>Tumor Necrosis Factor, TNF</i>) 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ARIPIPIRAZOLE

Productos Afectados

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

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

ATOVAQUONE

Productos Afectados

- *atovaquone*

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

AUBAGIO

Productos Afectados

- AUBAGIO

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

AUSTEDO

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concurrente con un 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 la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: tetrabenazine. Solo reautorización: documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CARISOPRODOL

Productos Afectados

- *carisoprodol oral tablet 350 mg*

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

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CLOMIPRAMINE

Productos Afectados

- *clomipramine*

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

CLOZAPINE

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar o ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CONSTIPATION AGENTS

Productos Afectados

- LINZESS
- 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CORLANOR

Productos Afectados

- CORLANOR ORAL SOLUTION
- CORLANOR ORAL TABLET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>Insuficiencia cardíaca en pacientes adultos: Insuficiencia cardíaca de clase II a IV de acuerdo con la New York Heart Association (NYHA) documentada con una fracción de eyección inferior o igual al 35% y ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca en reposo mayor o igual a 70 latidos por minuto (beats per minute, bpm). 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

COSENTYX

Productos Afectados

- COSENTYX (2 SYRINGES)
- COSENTYX PEN (2 PENS)

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.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Artritis Reumatoide: Ineficacia de ambas alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Enbrel y Humira. Artritis psoriásica: Ineficacia de ambas alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Enbrel y Humira. Psoriasis en placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira, Enbrel, o Skyrizi.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

CYCLOBENZAPRINE

Productos Afectados

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg*

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

DALFAMPRIDINE

Productos Afectados

- *dalfampridine*

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

DALIRESP

Productos Afectados

- DALIRESP

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

DEFERASIROX

Productos Afectados

- *deferasirox oral tablet, dispersible*

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

DESIPRAMINE

Productos Afectados

- *desipramine*

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

DIAZEPAM SOLUTION

Productos Afectados

- *diazepam oral concentrate*
- *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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DISOPYRAMIDE

Productos Afectados

- *disopyramide phosphate oral capsule*

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

DOXEPIIN

Productos Afectados

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

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

DRIZALMA

Productos Afectados

- DRIZALMA SPRINKLE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar una cápsula intacta o ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

DRONABINOL

Productos Afectados

- *dronabinol*

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

DROXIDOPA

Productos Afectados

- NORTHERA

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ELIGARD

Productos Afectados

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

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

EMSAM

Productos Afectados

- EMSAM

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Uso concomitante con otros fármacos serotoninérgicos (es decir 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ENBREL

Productos Afectados

- ENBREL
- ENBREL SURECLICK
- ENBREL MINI

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de 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.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Artritis Reumatoide: 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: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis psoriásica: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: methotrexate. Espondilitis anquilosante: 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, indomethacin, naproxen, o sulindac. Psoriasis en placas: Ineficacia o efectos adversos clínicamente significativos de dos de los siguientes: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ENTECAVIR

Productos Afectados

- BARACLUDE ORAL SOLUTION
- *entecavir*

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

ENTRESTO

Productos Afectados

- ENTRESTO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de Insuficiencia Cardíaca Crónica (Clase II-IV de acuerdo con la New York Heart Association [NYHA]) y fracción de eyección reducida inferior o igual al 40%.
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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

EPOGEN

Productos Afectados

- EPOGEN INJECTION SOLUTION 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 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	

ESBRIET

Productos Afectados

- ESBRIET ORAL CAPSULE
- ESBRIET 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ESTROGENS

Productos Afectados

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

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

FENTANYL LOZENGE

Productos Afectados

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

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

FETZIMA

Productos Afectados

- FETZIMA

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

FIRAZYR

Productos Afectados

- *icatibant*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	El diagnóstico de angioedema hereditario (HAE) debe confirmarse mediante un examen de sangre.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Alergista, 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

FIRMAGON

Productos Afectados

- FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE

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

GENOTROPIN

Productos Afectados

- GENOTROPIN

- GENOTROPIN MINIQUICK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (inicial): diagnóstico confirmado como resultado de diagnóstico anterior de deficiencia de la hormona de crecimiento (GHD) de inicio en la niñez o GHD de inicio en el adulto con documentación de deficiencia hormonal debido a enfermedad hipotalámico-hipofisaria por causas orgánicas o conocidas (p. ej., daño por cirugía, irradiación craneal, traumatismo de cráneo, hemorragia subaracnoidea) y documentación de una prueba de estimulación de la hormona de crecimiento (p. ej., prueba de tolerancia a la insulina [ITT], arginine/GHRH, glucagon, arginine) para confirmar la GHD del adulto con los valores máximos de GH correspondientes ([ITT de 5 mcg/L o menos], [GHRH+ARG de 11 mcg/L o menos si el índice de masa corporal (IMC) es inferior a 25 kg/m², de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m², o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m²], [glucagon de 3 mcg/L o menos], [Arg de 0.4 mcg/L o menos]) o deficiencia documentada de tres hormonas de la hipófisis anterior (prolactina, ACTH, TSH, FSH/LH) y el nivel de IFG-1/somatomedin C es inferior al rango normal ajustado a la edad y al sexo según lo indicado por un análisis de laboratorio del médico. 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	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

GEODON SOLUTION

Productos Afectados

- *ziprasidone mesylate*

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

GILENYA

Productos Afectados

- GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG

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

GLATIRAMER

Productos Afectados

- *glatiramer*

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

GLATOPA

Productos Afectados

- *glatopa*

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

GLYBURIDE

Productos Afectados

- *glyburide micronized*
- *glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg*
- *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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

GUANFACINE

Productos Afectados

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

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

HP ACTHAR

Productos Afectados

- ACTHAR

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

HRM ANTIPSYCHOTICS

Productos Afectados

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

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

HUMIRA

Productos Afectados

- HUMIRA
- HUMIRA PEN
- HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START
- HUMIRA(CF)
- HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS
- HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS
- HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML

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 dos 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 la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: methotrexate. Espondilitis anquilosante: 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, indomethacin, naproxen, orsulindac. Soriasis en placas: 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: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy. Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa: 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: budesonide, mesalamine o sulfasalazine.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

HUMIRA PEDIATRIC CROHNS

Productos Afectados

- HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

HUMIRA PSORIASIS

Productos Afectados

- HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL
HS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis que involucre el 3% de BSA o más 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	Ineficacia o efectos adversos clínicamente significativos de dos de los siguientes: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

IMIPRAMINE

Productos Afectados

- *imipramine hcl*
- *imipramine pamoate*

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

IMMUNOGLOBULIN

Productos Afectados

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

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

INCRELEX

Productos Afectados

- INCRELEX

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

INDOMETHACIN

Productos Afectados

- *indomethacin oral capsule*

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

INGREZZA

Productos Afectados

- INGREZZA
- INGREZZA INITIATION PACK

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: 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 la 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

INTERFERON BETA-1A

Productos Afectados

- PLEGRIDY
- 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

INTRALIPID

Productos Afectados

- INTRALIPID INTRAVENOUS
EMULSION 30 %

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

INVEGA SUSTENNA

Productos Afectados

- INVEGA SUSTENNA

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

INVEGA TRINZA

Productos Afectados

- INVEGA TRINZA

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

ISOTRETINOIN

Productos Afectados

- *amnesteem*
- *claravis*
- *isotretinoin*
- *myorisan*
- *zenatane*

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

ITRACONAZOLE

Productos Afectados

- *itraconazole oral solution*

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

KALYDECO

Productos Afectados

- KALYDECO

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

KINERET

Productos Afectados

- KINERET

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Pediatra, Reumatólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Artritis Reumatoide: 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: Humira, Enbrel, Rinvoq, o Xeljanz.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

KORLYM

Productos Afectados

- KORLYM

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

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

Productos Afectados

- *ledipasvir-sofosbuvir*

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

LEUKINE

Productos Afectados

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

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

LEUPROLIDE ACETATE

Productos Afectados

- *leuprolide subcutaneous kit*

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

LEVALBUTEROL

Productos Afectados

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

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

LIDOCAINE PATCH

Productos Afectados

- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*

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

LINEZOLID

Productos Afectados

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

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

LOKELMA

Productos Afectados

- LOKELMA

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

LUPRON DEPOT

Productos Afectados

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

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

LYRICA

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Neuralgia postherpética: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

MEGESTROL

Productos Afectados

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

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

MEPROBAMATE

Productos Afectados

- *meprobamate*

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

METHOCARBAMOL

Productos Afectados

- *methocarbamol oral*

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

METHOXSALEN

Productos Afectados

- *methoxsalen*

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

METHYLDOPA

Productos Afectados

- *methyldopa*

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

METYROSINE

Productos Afectados

- DEMSER

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

MODAFINIL

Productos Afectados

- *modafinil*

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

NAYZILAM

Productos Afectados

- NAYZILAM

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

NEUPRO

Productos Afectados

- NEUPRO

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

NIVESTYM

Productos Afectados

- NIVESTYM INJECTION

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

NUCALA

Productos Afectados

- NUCALA

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

NUEDEXTA

Productos Afectados

- NUEDEXTA

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

NUPLAZID

Productos Afectados

- NUPLAZID ORAL CAPSULE
- NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG

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

NUTRILIPID

Productos Afectados

- NUTRILIPID

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

OCTREOTIDE

Productos Afectados

- *octreotide acetate injection solution*

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

OFEV

Productos Afectados

- OFEV

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

OLANZAPINE ODT

Productos Afectados

- *olanzapine oral tablet, disintegrating*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de dificultad o incapacidad para tragar o ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OLANZAPINE SOLUTION

Productos Afectados

- *olanzapine intramuscular*

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

OMNITROPE

Productos Afectados

- OMNITROPE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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/m ² , de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m ² , o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m ²], [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. Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (reautorización): Documentación de experiencia positiva por parte del paciente.
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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ORAL ANTIPSYCHOTICS

Productos Afectados

- 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*
- SAPHRIS
- 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

ORENCIA

Productos Afectados

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

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

ORKAMBI

Productos Afectados

- ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET
- 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OXANDROLONE

Productos Afectados

- *oxandrolone*

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

OXBRYTA

Productos Afectados

- OXBRYTA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de al menos 1 episodio de crisis vaso-oclusiva (<i>Vaso-occlusive Crisis, VOC</i>) en los últimos 12 meses. Hemoglobina (Hgb) mayor o igual a 5.5 y menor o igual a 10.5 g/dL. Reautorización: aumento de la hemoglobina inicial (Hgb) en más de o igual a 1g/dL.
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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

OXERVATE

Productos Afectados

- OXERVATE

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

PAH

Productos Afectados

- *ambrisentan*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Cardiólogo, Neumólogo.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PARATHYROID HORMONE ANALOGS

Productos Afectados

- FORTEO
- 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PEGASYS

Productos Afectados

- PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION
- PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE

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

PEGFILGRASTIM

Productos Afectados

- FULPHILA
- UDENYCA
- ZIEXTENZO

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

PHENOBARBITAL

Productos Afectados

- *phenobarbital*

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

PHENTERMINE

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>IMC (<i>Body Mass Index, BMI</i>), mayor o igual a 27 kg/m² con una o más comorbilidades (por ejemplo, enfermedad coronaria, dislipidemia, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño), o IMC (<i>BMI</i>) mayor o igual a 30 kg/m². Reautorización: pérdida de peso documentada del 5% durante los primeros 6 meses y falta de efectos secundarios. La terapia más allá del primer año puede autorizarse cada 3 meses con documentación de mantenimiento de peso y falta de efectos secundarios.</p>
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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PIMECROLIMUS

Productos Afectados

- *pimecrolimus*

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

POSACONAZOLE

Productos Afectados

- *noxafil oral suspension*
- *posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)*

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PREMARIN TABLETS

Productos Afectados

- PREMARIN ORAL

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Profilaxis de osteoporosis posmenopáusica: Ineficacia o efectos adversos clínicamente significativos para todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos: alendronic acid y risedronate. Atrofia vaginal y vulvar: Ineficacia o efectos adversos clínicamente significativos a la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos: 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PREMPRO TABLETS

Productos Afectados

- PREMPRO

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Profilaxis de osteoporosis posmenopáusica: Ineficacia o efectos adversos clínicamente significativos para todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos: alendronic acid, y risedronate. Atrofia vaginal y vulvar: Ineficacia o efectos adversos clínicamente significativos a la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos: 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PREVYMIS

Productos Afectados

- PREVYMIS ORAL

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

PROCRIT

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Hipertensión no controlada.
Información Médica Requerida	Para la anemia causada por enfermedad renal crónica: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL y documentación de saturación de transferrina superior o igual al 20% y ferritina superior o igual a 100 ng/mL. Para la anemia causada por quimioterapia: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL. Para indicaciones de la FDA en relación con procedimientos quirúrgicos: La hemoglobina (Hgb) es de 10 g/dL-13 g/dL, el paciente no es candidato para una autodonación de sangre y se prevé una pérdida significativa de sangre a causa de una cirugía programada, no cardíaca o no vascular. Inducida por zidovudine: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 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	

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PROMACTA

Productos Afectados

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

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de recuento de plaquetas. Trombocitopenia en infección por hepatitis C: Documentación de tratamiento concomitante o planeado de la hepatitis C crónica con interferón.
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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

PROMETHAZINE

Productos Afectados

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

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

PROTRIPTYLINE

Productos Afectados

- *protriptyline*

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

PYRIMETHAMINE

Productos Afectados

- *pyrimethamine*

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

QUININE

Productos Afectados

- *quinine sulfate*

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

RAYALDEE

Productos Afectados

- RAYALDEE

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

REPATHA

Productos Afectados

- REPATHA PUSHTRONEX
- REPATHA SURECLICK
- REPATHA SYRINGE

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	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.
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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

RESTASIS

Productos Afectados

- RESTASIS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de los resultados de las pruebas que confirmen el diagnóstico, tal como: Prueba de tiempo de desintegración de la película lagrimal (TBUT), Índice de enfermedad de la superficie ocular (OSDI), Prueba de Schirmer, Escala analógica visual (VAS), Evaluación de síntomas en el síndrome de ojo seco (SANDE), Cuestionario de McMonnies, etc.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oftalmólogo, Optometrista.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

RETACRIT

Productos Afectados

- RETACRIT

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Hipertensión incontrolada.
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 inferior a 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.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos No Indicados en la Etiqueta	

REXULTI

Productos Afectados

- REXULTI

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

RINVOQ

Productos Afectados

- RINVOQ

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

RISPERDAL CONSTA

Productos Afectados

- RISPERDAL CONSTA

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

RUFINAMIDE

Productos Afectados

- BANZEL ORAL SUSPENSION
- BANZEL 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 la suspensión de rufinamida: 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SAPROPTERIN

Productos Afectados

- KUVAN

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SECUADO

Productos Afectados

- SECUADO

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

SIGNIFOR

Productos Afectados

- SIGNIFOR

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

SIRTURO

Productos Afectados

- SIRTURO ORAL TABLET 100 MG

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

SKYRIZI

Productos Afectados

- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT

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

SOFOSBUVIR-VELPATASVIR

Productos Afectados

- *sofosbuvir-velpatasvir*

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

SOMATULINE DEPOT

Productos Afectados

- SOMATULINE DEPOT

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Endocrinólogo, Oncólogo.
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 dicha alternativa: octreotide.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SOMAVERT

Productos Afectados

- SOMAVERT

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

SPRITAM

Productos Afectados

- SPRITAM

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

STELARA

Productos Afectados

- STELARA SUBCUTANEOUS

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Psoriasis en placas: documentación de psoriasis de más del 5% de 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, 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. Enfermedad de Crohn: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Humira. Psoriasis en Placas: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira, Enbrel, o Skyrizi. Artritis psoriásica: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Enbrel y Humira.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

SYMDEKO

Productos Afectados

- SYMDEKO

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

SYMLIN

Productos Afectados

- SYMLINPEN 120
- SYMLINPEN 60

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

SYMPAZAN

Productos Afectados

- SYMPAZAN

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

SYNAREL

Productos Afectados

- SYNAREL

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

TACROLIMUS OINTMENT

Productos Afectados

- *tacrolimus topical*

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

TAKHZYRO

Productos Afectados

- TAKHZYRO

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TARGRETIN

Productos Afectados

- 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TAZORAC

Productos Afectados

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

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 vulgar: 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TECFIDERA

Productos Afectados

- TECFIDERA

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

TESTOSTERONE

Productos Afectados

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

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

TESTOSTERONE PUMP

Productos Afectados

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

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

TETRABENAZINE

Productos Afectados

- *tetrabenazine*

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

TIGECYCLINE

Productos Afectados

- *tigecycline*

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

TOBI PODHALER

Productos Afectados

- TOBI PODHALER INHALATION
CAPSULE, W/INHALATION DEVICE

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

TOBRAMYCIN SOLUTION

Productos Afectados

- *tobramycin in 0.225 % nacl*

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

TOLCAPONE

Productos Afectados

- *tolcapone*

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

TRIENTINE

Productos Afectados

- *trientine*

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

TRIHXYPHENIDYL

Productos Afectados

- *trihexyphenidyl*

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

TRIMIPRAMINE

Productos Afectados

- *trimipramine*

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

TRINTELLIX

Productos Afectados

- TRINTELLIX

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

VALCHLOR

Productos Afectados

- VALCHLOR

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

VANCOMYCIN CAPSULE

Productos Afectados

- *vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg*

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

VASCEPA

Productos Afectados

- VASCEPA

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 la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: omega-3 acid ethyl esters.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

VEMLIDY

Productos Afectados

- VEMLIDY

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

VIBERZI

Productos Afectados

- VIBERZI

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

VIGABATRIN

Productos Afectados

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

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

VIIBRYD

Productos Afectados

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

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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

VORICONAZOLE

Productos Afectados

- *voriconazole intravenous*

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

XATMEP

Productos Afectados

- XATMEP

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

XELJANZ

Productos Afectados

- XELJANZ
- XELJANZ XR

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 dos 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 la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativas:: Enbrel o Humira. Colitis ulcerosa: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Humira.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

XGEVA

Productos Afectados

- XGEVA

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

XIFAXAN

Productos Afectados

- XIFAXAN

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	Encefalopatía hepática: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: 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 (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

XIIDRA

Productos Afectados

- XIIDRA

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Documentación de los resultados de las pruebas que confirmen el diagnóstico, tal como: Prueba de tiempo de desintegración de la película lagrimal (<i>Tear Break-up Test, TBUT</i>), Índice de enfermedad de la superficie ocular (<i>Ocular Surface Disease Index, OSDI</i>), Prueba de Schirmer, Escala analógica visual (<i>Visual Analog Scale, VAS</i>), Evaluación de síntomas en el síndrome de ojo seco (<i>Symptom Assessment in Dry Eye, SANDE</i>), Cuestionario de McMonnies, etc.
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Oftalmólogo, Optometrista.
Duración de la Cobertura	Hasta el final del año calendario.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
Usos No Indicados en la Etiqueta	

XOLAIR

Productos Afectados

- XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN

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

XYREM

Productos Afectados

- XYREM

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

ZARXIO

Productos Afectados

- ZARXIO

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

ZEPATIER

Productos Afectados

- ZEPATIER

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

ZYPREXA RELPREVV

Productos Afectados

- ZYPREXA RELPREVV
INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR
RECONSTITUTION 210 MG

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

Índice de Medicamentos

A

ABELCET.....	1
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	2
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING.....	2
abiraterone.....	17, 18
acitretin	3
ACTHAR	63
ACTIMMUNE.....	4
adefovir	5
AFINITOR DISPERZ.....	17, 18
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG .	17, 18
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	7
ALECENSA.....	17, 18
ALLI 60 MG CAPSULE STARTER PACK	8
alose tron.....	9
ALUNBRIG.....	17, 18
alyq.....	119
AMBISOME.....	10
ambrisentan.....	117
amitriptyline.....	11
amnestem.....	77
amoxapine	12
amphotericin b	13
ANADROL-50.....	14
APOKYN.....	19
aprepitant.....	20
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	15
ARCALYST	21
aripiprazole oral solution	22
aripiprazole oral tablet,disintegrating	22
atovaquone	23
AUBAGIO	24
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG	25
AYVAKIT	17, 18
B	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG.....	17, 18

BANZEL ORAL SUSPENSION.....	143
BANZEL ORAL TABLET.....	143
BARACLUDGE ORAL SOLUTION	47
BOSULIF	17, 18
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG ..	17, 18
BRIVIACT ORAL SOLUTION.....	15
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG.....	15
BRUKINSA	17, 18
C	
CABOMETYX	17, 18
CALQUENCE	17, 18
CAPLYTA	111
CAPRELSA	17, 18
carisoprodol oral tablet 350 mg	26
casprofungin.....	27
claravis	77
clobazam oral suspension	16
clobazam oral tablet	16
clomipramine	28
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg.....	29
COMETRIQ.....	17, 18
COPIKTRA.....	17, 18
CORLANOR ORAL SOLUTION.....	31
CORLANOR ORAL TABLET	31
COSENTYX (2 SYRINGES).....	32
COSENTYX PEN (2 PENS)	32
COTELLIC	17, 18
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg..	33
D	
dalfampridine	34
DALIRESP	35
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	17, 18
deferasirox oral tablet, dispersible	36
DEMSEER	97
desipramine	37
dexmethylphenidate oral tablet.....	6
diazepam oral concentrate.....	38
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	38
disopyramide phosphate oral capsule	39
doxepin oral capsule	40
doxepin oral concentrate	40

DRIZALMA SPRINKLE	41
dronabinol	42
DUAVEE	51
E	
ELIGARD.....	44
ELIGARD (3 MONTH).....	44
ELIGARD (4 MONTH).....	44
ELIGARD (6 MONTH).....	44
EMSAM.....	45
ENBREL.....	46
ENBREL MINI.....	46
ENBREL SURECLICK.....	46
entecavir.....	47
ENTRESTO	48
EPIDIOLEX.....	15
EPOGEN INJECTION SOLUTION 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML.....	49
ERIVEDGE.....	17, 18
ERLEADA	17, 18
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg	17, 18
ESBRIET ORAL CAPSULE.....	50
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG	50
estradiol oral.....	51
estradiol transdermal patch weekly.....	51
F	
FANAPT.....	111
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG	17, 18
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle	52
FETZIMA	53
FINTEPLA.....	16
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	55
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	69
FORTEO	118
FULPHILA	121
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	15
FYCOMPA ORAL TABLET.....	15
G	
GAMMAGARD LIQUID.....	69

GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	69
GENOTROPIN	56
GENOTROPIN MINIQUICK	56
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG....	58
GILOTRIF	17, 18
glatiramer	59
glatopa.....	60
glyburide micronized	61
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	61
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg.....	61
guanfacine oral tablet.....	62
guanfacine oral tablet extended release 24 hr	62
H	
HUMIRA	65
HUMIRA PEN.....	65
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	65
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS	67
HUMIRA(CF).....	65
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	66
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS....	65
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	65
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML..	65
I	
IBRANCE	17, 18
icatibant.....	54
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG, 45 MG	17, 18
IDHIFA.....	17, 18
imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg...	17, 18
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG	17, 18
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG, 560 MG	17, 18
imipramine hcl	68
imipramine pamoate.....	68
INCRELEX.....	70
indomethacin oral capsule.....	71

INGREZZA.....	72
INGREZZA INITIATION PACK.....	72
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG. 17, 18	
INQOVI	17, 18
INREBIC.....	17, 18
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %.....	74
INVEGA SUSTENNA	75
INVEGA TRINZA.....	76
IRESSA.....	17, 18
isotretinoin	77
itraconazole oral solution.....	78
J	
JAKAFI.....	17, 18
K	
KALYDECO.....	79
KINERET	80
KISQALI FEMARA CO-PACK	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)....	17, 18
KORLYM	81
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	17, 18
KUVAN	144
L	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG.....	111
ledipasvir-sofosbuvir.....	82
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).....	17, 18
LEUKINE INJECTION RECON SOLN..	83
leuprolide subcutaneous kit.....	84
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.....	85
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	86
linezolid in dextrose 5%.....	87

linezolid oral suspension for reconstitution	87
linezolid oral tablet	87
LINZESS.....	30
LOKELMA.....	88
LONSURF	17, 18
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	17, 18
LUPRON DEPOT.....	89
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	89
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	89
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	89
LYNPARZA ORAL TABLET	17, 18
M	
MATULANE	17, 18
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml).....	91
megestrol oral tablet.....	91
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	17, 18
MEKTOVI	17, 18
meprobamate.....	92
methocarbamol oral	93
methoxsalen	94
methyl dopa.....	95
methyl dopa-hydrochlorothiazide	96
methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70.....	6
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg.....	6
methylphenidate hcl oral solution.....	6
methylphenidate hcl oral tablet.....	6
methylphenidate hcl oral tablet extended release	6
methyltestosterone oral capsule	163
modafinil	98
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg64	
MOVANTIK.....	30
myorisan.....	77
N	
NAYZILAM	99
NERLYNX	17, 18
NEUPRO.....	100
NEXAVAR.....	17, 18
NINLARO.....	17, 18
NIVESTYM INJECTION	101

NORTHERA..... 43
 noxafil oral suspension 125
 NUBEQA 17, 18
 NUCALA 102
 NUEDEXTA..... 103
 NUPLAZID ORAL CAPSULE..... 104
 NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG... 104
 NUTRILIPID 105
O
 octreotide acetate injection solution..... 106
 ODOMZO 17, 18
 OFEV 107
 olanzapine intramuscular 109
 olanzapine oral tablet, disintegrating 108
 OMNITROPE 110
 ORENCIA CLICKJECT..... 112
 ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5
 MG/0.7 ML..... 112
 ORKAMBI ORAL GRANULES IN
 PACKET 113
 ORKAMBI ORAL TABLET 113
 oxandrolone..... 114
 OXBRYTA 115
 OXERVATE..... 116
P
 paliperidone oral tablet extended release
 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg..... 111
 PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION
 120
 PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE
 120
 PEMAZYRE 17, 18
 phenobarbital..... 122
 phentermine 15 mg capsule 123
 phentermine 30 mg capsule pelletized.... 123
 phentermine 37.5 mg tablet..... 123
 pimecrolimus..... 124
 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) 17, 18
 PLEGRIDY..... 73
 POMALYST..... 17, 18
 posaconazole oral tablet, delayed release
 (dr/ec)..... 125

pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg,
 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg,
 75 mg 90
 pregabalin oral solution..... 90
 PREMARIN ORAL 126
 PREMPRO 127
 PREVYMIS ORAL 128
 PROCRT 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 129
 PROLIA 130
 PROMACTA ORAL POWDER IN
 PACKET 12.5 MG, 25 MG 131
 PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25
 MG, 50 MG, 75 MG 131
 promethazine oral..... 132
 promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25
 mg 132
 promethegan rectal suppository 25 mg, 50
 mg 132
 protriptyline..... 133
 PURIXAN..... 17, 18
 pyrimethamine 134
Q
 QINLOCK..... 17, 18
 quetiapine oral tablet extended release 24 hr
 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg
 111
 quinine sulfate..... 135
R
 RAYALDEE 136
 REBIF (WITH ALBUMIN) 73
 REBIF REBIDOSE..... 73
 REBIF TITRATION PACK 73
 REPATHA PUSHTRONEX..... 137
 REPATHA SURECLICK..... 137
 REPATHA SYRINGE..... 137
 RESTASIS 138
 RETACRIT 139
 RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80
 MG 17, 18
 REVLIMID..... 17, 18
 REXULTI 140
 RINVOQ..... 141
 RISPERDAL CONSTA..... 142

ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	17, 18	testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml.....	163
RUBRACA	17, 18	testosterone enanthate	163
RYDAPT.....	17, 18	testosterone transdermal gel in metered-dose pump	163, 164
S		testosterone transdermal gel in packet ...	163, 164
SAPHRIS	111	testosterone transdermal solution in metered pump w/app.....	163
SECUADO.....	145	tetrabenazine	165
SIGNIFOR	146	THALOMID	18
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet	119	thioridazine	64
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG.....	147	TIBSOVO	18
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	148	tigecycline.....	166
sofosbuvir-velpatasvir.....	149	TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	167
SOMATULINE DEPOT.....	150	tobramycin in 0.225 % nacl	168
SOMAVERT.....	151	tolcapone.....	169
SPRITAM	152	trientine	170
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG .	17, 18	trihexyphenidyl	171
STELARA SUBCUTANEOUS.....	153	trimipramine.....	172
STIVARGA	17, 18	TRINTELLIX	173
SUTENT	17, 18	TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	18
SYMDEKO.....	154	TURALIO	18
SYMLINPEN 120.....	155	TYKERB.....	18
SYMLINPEN 60.....	155	TYMLOS	118
SYMPAZAN.....	156	U	
SYNAREL	157	UDENYCA.....	121
SYNRIBO	17, 18	V	
T		VALCHLOR.....	174
TABLOID.....	17, 18	vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg	175
TABRECTA	17, 18	VASCEPA	176
tacrolimus topical.....	158	VEMLIDY	177
tadalafil (pulm. hypertension).....	119	VENCLEXTA.....	18
TAFINLAR.....	17, 18	VENCLEXTA STARTING PACK	18
TAGRISSE	18	VERSACLOZ.....	29
TAKHZYRO.....	159	VERZENIO.....	18
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG	18	VIBERZI.....	178
TARGRETIN TOPICAL	160	vigabatrin oral powder in packet.....	179
TASIGNA.....	18	vigabatrin oral tablet	179
tazarotene	161	vigadrone.....	179
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	161	VIIIBRYD ORAL TABLET.....	180
TAZORAC TOPICAL GEL	161		
TAZVERIK.....	18		
TECFIDERA.....	162		
TERIPARATIDE.....	118		

VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23).....	180
VIMPAT ORAL SOLUTION	16
VIMPAT ORAL TABLET	16
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	18
VITRAKVI ORAL SOLUTION	18
VIZIMPRO	18
voriconazole intravenous	181
VOTRIENT.....	18
VRAYLAR ORAL CAPSULE.....	111
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK.....	111
X	
XALKORI.....	18
XATMEP	182
XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	16
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	16
XCOPRI TITRATION PACK.....	16
XELJANZ.....	183
XELJANZ XR	183
XGEVA.....	184
XIFAXAN.....	185
XIIDRA.....	186
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	187
XOSPATA	18

XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5), 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 60 MG/WEEK (20 MG X 3), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK).....	18
XTANDI	18
XYREM	188
Y	
YONSA.....	18
Z	
ZARXIO	189
ZEJULA	18
ZELBORAF	18
zenatane.....	77
ZEPATIER.....	190
ZIEXTENZO	121
ziprasidone mesylate.....	57
ZOLINZA	18
ZYDELIG	18
ZYKADIA ORAL TABLET	18
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG... ..	191
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG.....	18