



## **Autorizaciones Previas 2020** *(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

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

# ABILIFY MAINTENA

## Productos Afectados

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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Historia documentada de consumo de oral aripiprazole sin presentar efectos secundarios significativos desde el punto de vista clínico. 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.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ACITRETIN

## Productos Afectados

- *acitretin*

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

# ACTIMMUNE

## Productos Afectados

- ACTIMMUNE

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

# ADEFOVIR

## Productos Afectados

- *adefovir*

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

# 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*

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

# ALLI

## Productos Afectados

- ALLI 60 MG CAPSULE STARTER PACK

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	IMC ( <i>Body Mass Index, BMI</i> ), mayor o igual a 27 kg/m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> . 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 6 meses con documentación de mantenimiento de peso y falta de efectos secundarios.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	6 meses.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# AMBISOME

## Productos Afectados

- AMBISOME

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

# AMITRIPTYLINE

## Productos Afectados

- *amitriptyline*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# AMOXAPINE

## Productos Afectados

- *amoxapine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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, nortriptyline, sertraline, o venlafaxine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# AMPHOTERICIN B

## Productos Afectados

- *amphotericin b*

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

# ANADROL

## Productos Afectados

- ANADROL-50

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

# ANDROGENS

## Productos Afectados

- ANDRODERM
- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*
- *testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)*
- *testosterone transdermal solution in metered pump w/app*

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	Niveles séricos de testosterona documentados previos al tratamiento inferiores al límite de referencia más bajo del laboratorio dentro de 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	

# 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	Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid o zonisamide.
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	

## ANTICONVULSANTS 2

### Productos Afectados

- *clobazam oral suspension*
- *clobazam oral tablet*
- 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	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.
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	



# ANTIFIBROTIC AGENTS

## Productos Afectados

- ESBRIET ORAL CAPSULE
- ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG
- OFEV

Criterios de Autorización Previa	Detalles de los Criterios
Criterios de Exclusión	Esbriet: insuficiencia hepática grave (Child-Pugh C). Ofev: insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh B o C).
Información Médica Requerida	Autorización inicial: diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática confirmada por la presencia de neumonía intersticial habitual en tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) y/o biopsia pulmonar quirúrgica. Documentación de pruebas de función hepática, documentación de capacidad vital forzada (FVC) de referencia mayor o igual al 50 por ciento del valor pronosticado Y documentación del porcentaje de capacidad de difusión pronosticada de los pulmones para monóxido de carbono (% DLCO) mayor o igual al 30 por ciento . Solo reautorización: documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos Y documentación de 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	

# ANTINEOPLASTIC

---

## Productos Afectados

- *abiraterone*
- AFINITOR DISPERZ
- AFINITOR ORAL TABLET 10 MG
- ALECENSA
- ALUNBRIG
- AYWAKIT
- 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
- IMBRUVICA ORAL TABLET 280 MG, 420 MG, 560 MG
- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG
- 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 X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)
- LONSURF
- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- LYNPARZA ORAL TABLET
- MATULANE
- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG
- MEKTOVI
- NERLYNX
- NEXAVAR
- NINLARO
- NUBEQA
- ODOMZO
- PANRETIN
- 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
- SYNRIBO
- TABLOID
- 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), 60 MG/WEEK (20 MG X 3), 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

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

# APOKYN

## Productos Afectados

- APOKYN

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

# APREPITANT

## Productos Afectados

- *aprepitant*

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

# ARCALYST

## Productos Afectados

- ARCALYST

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Al mismo tiempo, tomar cualquier agente bloqueador del factor de necrosis tumoral (TNF) como Enbrel, Humira, o Remicade.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es mayor de 12 años de edad.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ARIPIRAZOLE

## Productos Afectados

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

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

# ATOVAQUONE

## Productos Afectados

- *atovaquone*

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



# AUBAGIO

## Productos Afectados

- AUBAGIO

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

# AUSTEDO

## Productos Afectados

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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante con un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO).
<b>Información Médica Requerida</b>	Corea (Enfermedad de Huntington): Ineficacia o efectos adversos clínicamente significativos a la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos: tetrabenazina. Solo reautorización: documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo, Psiquiatra.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# CARISOPRODOL

## Productos Afectados

- *carisoprodol oral tablet 350 mg*

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

# CASPOFUNGIN

## Productos Afectados

- *casposfungin*

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

# CLOMIPRAMINE

## Productos Afectados

- *clomipramine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# 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 ineficiencia 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

- AMITIZA
- LINZESS
- MOVANTIK

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

# CORLANOR

## Productos Afectados

- CORLANOR ORAL SOLUTION

- CORLANOR ORAL TABLET

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



# CYCLOBENZAPRINE

## Productos Afectados

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg*

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

# DALFAMPRIDINE

## Productos Afectados

- *dalfampridine*

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

# DALIRESP

## Productos Afectados

- DALIRESP

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

# DAPTOMYCIN

## Productos Afectados

- *daptomycin intravenous recon soln 500 mg*

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

# DARAPRIM

## Productos Afectados

- *pyrimethamine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Hematólogo, Especialista en VIH, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Especialista en Trasplantes.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DEFERASIROX

## Productos Afectados

- *deferasirox oral tablet, dispersible*

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

# DESIPRAMINE

## Productos Afectados

- *desipramine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	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, venlafaxine, duloxetine, desvenlafaxine.
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# 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	
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*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DOXEPIN

## Productos Afectados

• *doxepin oral capsule*

• *doxepin oral concentrate*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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, escitalopram, paroxetine 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, mirtazapine, paroxetine, sertraline, o venlafaxine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# DRIZALMA

## Productos Afectados

- DRIZALMA SPRINKLE

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

# DRONABINOL

## Productos Afectados

- *dronabinol*

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

# DROXIDOPA

## Productos Afectados

- NORTHERA

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

# ELIGARD

## Productos Afectados

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

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

# EMSAM

## Productos Afectados

- EMSAM

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

# ENBREL

## Productos Afectados

- ENBREL
- ENBREL SURECLICK
- ENBREL MINI

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



# ENTECAVIR

## Productos Afectados

• BARACLUDE ORAL SOLUTION

• *entecavir*

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

# ENTRESTO

## Productos Afectados

- ENTRESTO

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

# 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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Hipertensión no controlada.
<b>Información Médica Requerida</b>	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.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ERTAPENEM

## Productos Afectados

- *ertapenem*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	14 días.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ESTROGENS

## Productos Afectados

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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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 dicha alternativa: estradiol cream o Premarin Cream.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# FENTANYL LOZENGE

## Productos Afectados

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

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

# FETZIMA

## Productos Afectados

- FETZIMA

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

# FILGRASTIM

## Productos Afectados

- FULPHILA
- NEUPOGEN
- ZARXIO
- ZIEXTENZO

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Ineficiencia o efectos adversos clínicamente significativos a la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos: Nivestym.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# FIRAZYR

## Productos Afectados

- *icatibant*

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

# FIRMAGON

## Productos Afectados

- FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE

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

# 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-hipofisiaria por causas orgánicas o conocidas (p. ej., daño por cirugía, irradiación craneal, traumatismo de cráneo, hemorragia subaracnoidea) y documentación de una prueba de estimulación de la hormona de crecimiento (p. ej., prueba de tolerancia a la insulina [ITT], arginine/GHRH, glucagon, arginine) para confirmar la GHD del adulto con los valores máximos de GH correspondientes ([ITT de 5 mcg/L o menos], [GHRH+ARG de 11 mcg/L o menos si el índice de masa corporal (IMC) es inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>, de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m<sup>2</sup>, o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>], [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

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

# GILENYA

## Productos Afectados

- GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG

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

# GLATIRAMER

## Productos Afectados

- *glatiramer*

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

# GLATOPA

## Productos Afectados

- *glatopa*

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

# 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 todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: glipizide y glimepiride.
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*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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, dexmethylphenidate, dextroamphetamine, o methylphenidate.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# HP ACTHAR

## Productos Afectados

- ACTHAR

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo para el espasmo infantil y la exacerbación de la esclerosis múltiple.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Esclerosis múltiple: 21 días. Para otras indicaciones aprobadas: 28 días.
<b>Otros Criterios</b>	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.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# HRM ANTIPSYCHOTICS

## Productos Afectados

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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	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
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# 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	<p>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. 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: 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.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones del Profesional que Receta	Dermatólogo, Gastroenterólogo, Oftalmólogo, Reumatólogo.
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 PEDIATRIC CROHNS

## Productos Afectados

- HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER

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

# HUMIRA PSORIASIS

## Productos Afectados

- HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	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. Ineficacia de dos de las siguientes alternativas o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo, Reumatólogo, Oftalmólogo, Gastroenterólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# IMIPRAMINE

## Productos Afectados

• *imipramine hcl*

• *imipramine pamoate*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Para la Depresión 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: citalopram, desvenlafaxine, duloxetine, escitalopram, fluoxetine, mirtazapine, paroxetine, sertraline, o venlafaxine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# 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

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

# INDOMETHACIN

## Productos Afectados

- *indomethacin oral capsule*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# INGREZZA

## Productos Afectados

• INGREZZA

• INGREZZA INITIATION PACK

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Ineficacia o efectos adversos clínicamente significativos a la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos: 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.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo, Psiquiatra.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# INTERFERON BETA-1A

## Productos Afectados

- PLEGRIDY
- REBIF (WITH ALBUMIN)
- REBIF REBIDOSE
- REBIF TITRATION PACK

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Ineficacia o efectos adversos clínicamente significativos para todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos: Aubagio y glatiramer.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Neurólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# INTRALIPID

## Productos Afectados

- INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %

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

# INVEGA SUSTENNA

## Productos Afectados

- INVEGA SUSTENNA

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

# INVEGA TRINZA

## Productos Afectados

- INVEGA TRINZA

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

# ISOTRETINOIN

## Productos Afectados

• *claravis*

• *isotretinoin*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Dermatólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	20 semanas.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# ITRACONAZOLE

## Productos Afectados

- *itraconazole oral solution*

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

# KALYDECO

## Productos Afectados

- KALYDECO

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

# KINERET

## Productos Afectados

- KINERET

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

# KORLYM

## Productos Afectados

- KORLYM

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

# LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

## Productos Afectados

- *ledipasvir-sofosbuvir*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	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. Ineficiencia o efectos adversos clínicamente significativos a la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos: sofosbuvir-velpatasvir (Epclusa genérico).
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	12 semanas.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# LEUKINE

## Productos Afectados

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

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

# LEUPROLIDE ACETATE

## Productos Afectados

- *leuprolide subcutaneous kit*

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

# 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*

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



# LIDOCAINE PATCH

## Productos Afectados

- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*

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

# LINEZOLID

## Productos Afectados

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

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

# LUPRON DEPOT

## Productos Afectados

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

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

# 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*

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

# MEGESTROL

## Productos Afectados

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

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# MEPROBAMATE

## Productos Afectados

- *meprobamate*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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, paroxetine, o venlafaxine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# METHOCARBAMOL

## Productos Afectados

- *methocarbamol oral*

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

# METHOXSALEN

## Productos Afectados

- *methoxsalen*

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



# METHYLDOPA

## Productos Afectados

- *methyldopa*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# METHYLDOPA/HYDROCHLOROTHIAZIDE

## Productos Afectados

- *methyldopa-hydrochlorothiazide*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# METYROSINE

## Productos Afectados

- DEMSER

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

# MODAFINIL

## Productos Afectados

- *modafinil*

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

# MULTAQ

## Productos Afectados

- MULTAQ

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

# MYCAMINE

## Productos Afectados

- *micafungin*

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

# NAYZILAM

## Productos Afectados

- NAYZILAM

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

# NEUPRO

## Productos Afectados

- NEUPRO

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



# NUCALA

## Productos Afectados

- NUCALA

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

# NUEDEXTA

## Productos Afectados

- NUEDEXTA

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

# NUPLAZID

## Productos Afectados

• NUPLAZID ORAL CAPSULE

• NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG

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

# NUTRILIPID

## Productos Afectados

- NUTRILIPID

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

# OCTREOTIDE

## Productos Afectados

- *octreotide acetate injection solution*

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

# OLANZAPINE ODT

## Productos Afectados

- *olanzapine oral tablet, disintegrating*

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

# OLANZAPINE SOLUTION

## Productos Afectados

- *olanzapine intramuscular*

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

# OMNITROPE

## Productos Afectados

- OMNITROPE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	<p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (inicial): diagnóstico confirmado como resultado de diagnóstico anterior de deficiencia de la hormona de crecimiento (GHD) de inicio en la niñez o GHD de inicio en el adulto con documentación de deficiencia hormonal debido a enfermedad hipotalámico-hipofisiaria por causas orgánicas o conocidas (p. ej., daño por cirugía, irradiación craneal, traumatismo de cráneo, hemorragia subaracnoidea) y documentación de una prueba de estimulación de la hormona de crecimiento (p. ej., prueba de tolerancia a la insulina [ITT], arginine/GHRH, glucagon, arginine) para confirmar la GHD del adulto con los valores máximos de GH correspondientes ([ITT de 5 mcg/L o menos], [GHRH+ARG de 11 mcg/L o menos si el índice de masa corporal (IMC) es inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>, de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m<sup>2</sup>, o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>], [glucagon de 3 mcg/L o menos], [Arg de 0.4 mcg/L o menos]) o deficiencia documentada de tres hormonas de la hipófisis anterior (prolactina, ACTH, TSH, FSH/LH) y el nivel de IFG-1/somatomedin C es inferior al rango normal ajustado a la edad y al sexo según lo indicado por un análisis de laboratorio del médico.</p> <p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (reautorización): Documentación de experiencia positiva por parte del paciente.</p>
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Endocrinólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# 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	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.
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	

# ORENCIA

## Productos Afectados

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

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

# ORKAMBI

## Productos Afectados

- ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET
- ORKAMBI ORAL TABLET

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

# OXANDROLONE

## Productos Afectados

- *oxandrolone*

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

# OXBRYTA

## Productos Afectados

- OXBRYTA

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

# OXERVATE

## Productos Afectados

- OXERVATE

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

# PAH

## Productos Afectados

- *ambrisentan*

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

# PARATHYROID HORMONE ANALOGS

## Productos Afectados

- FORTEO
- TYMLOS

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	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. Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: alendronic acid o risedronate.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	Se requiere justificación médica para la duración del tratamiento más allá de 24 meses.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# PDE5 INHIBITORS

## Productos Afectados

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

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

# PEGASYS

## Productos Afectados

- PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 180 MCG/0.5 ML
- 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	

# PHENOBARBITAL

## Productos Afectados

- *phenobarbital*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# 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/m<sup>2</sup> 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<sup>2</sup>. 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 6 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*

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

# POSACONAZOLE

## Productos Afectados

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

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

# PREMARIN TABLETS

## Productos Afectados

- PREMARIN ORAL

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

# PREMPRO TABLETS

## Productos Afectados

- PREMPRO

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



# PROCRIT

## Productos Afectados

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

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

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

# PROMACTA

## Productos Afectados

- PROMACTA

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Documentación de recuento de plaquetas. Trombocitopenia en infección por hepatitis C: Documentación de tratamiento concomitante o planeado de la hepatitis C crónica con interferon.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Gastroenterólogo, Hematólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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 dicha alternativa: dexamethasone, methylprednisolone, prednisolone o prednisone.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# PROMETHAZINE

## Productos Afectados

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

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

# PROTRIPTYLINE

## Productos Afectados

- *protriptyline*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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, nortriptyline, sertraline, o venlafaxine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# QUININE

## Productos Afectados

- *quinine sulfate*

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

# RANOLAZINE

## Productos Afectados

- *ranolazine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Uso concomitante con potentes inhibidores de CYP3A o inductores de CYP3A.
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# RAYALDEE

## Productos Afectados

- RAYALDEE

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	Enfermedad renal crónica en etapa 5 o enfermedad renal en etapa terminal en diálisis.
<b>Información Médica Requerida</b>	Niveles documentados de 25-hydroxyvitamin D total en suero menores que 30 ng/ml.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Nefrólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	



# REPATHA

## Productos Afectados

- REPATHA PUSHTRONEX
- REPATHA SURECLICK
- REPATHA SYRINGE

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

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

# RETACRIT

## Productos Afectados

- RETACRIT

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

# REXULTI

## Productos Afectados

- REXULTI

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

# RISPERDAL CONSTA

## Productos Afectados

- RISPERDAL CONSTA

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

# RUFINAMIDE

## Productos Afectados

• BANZEL ORAL SUSPENSION

• BANZEL ORAL TABLET

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

# SAPROPTERIN

## Productos Afectados

- KUVAN

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

# SECUADO

## Productos Afectados

- SECUADO

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



# SIGNIFOR

## Productos Afectados

- SIGNIFOR

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

# SITAGLIPTIN

## Productos Afectados

- JANUMET
- JANUMET XR ORAL TABLET, ER  
MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG, 50-1,000  
MG, 50-500 MG
- JANUVIA

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

# SOFOSBUVIR-VELPATASVIR

## Productos Afectados

- *sofosbuvir-velpatasvir*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	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.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	12 semanas.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# SOMATULINE DEPOT

## Productos Afectados

- SOMATULINE DEPOT

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

# SOMAVERT

## Productos Afectados

- SOMAVERT

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

# SPRITAM

## Productos Afectados

- SPRITAM

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

# STELARA

## Productos Afectados

- STELARA SUBCUTANEOUS

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

# SYLATRON

## Productos Afectados

- SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG,  
300 MCG

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



# SYMDEKO

## Productos Afectados

- SYMDEKO

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

# SYMLIN

## Productos Afectados

• SYMLINPEN 120

• SYMLINPEN 60

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

# SYMPAZAN

## Productos Afectados

- SYMPAZAN

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

# SYNAREL

## Productos Afectados

- SYNAREL

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

# TACROLIMUS OINTMENT

## Productos Afectados

- *tacrolimus topical*

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

# TAKHZYRO

## Productos Afectados

- TAKHZYRO

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	El diagnóstico de angioedema hereditario (AEH) debe confirmarse mediante un análisis de sangre. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: danazol.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Alergólogo, Inmunólogo, Hematólogo.
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# 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 tópicas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: 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

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



# TESTOSTERONE

## Productos Afectados

- *testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)*
- *testosterone enanthate*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Hipogonadismo: Documentación de los niveles de testosterona por debajo del rango de referencia del laboratorio.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TESTOSTERONE PUMP

## Productos Afectados

- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	Niveles séricos de testosterona documentados previos al tratamiento inferiores al límite de referencia más bajo del laboratorio dentro de los últimos 3 meses.
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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: Androderm, testosterone cypionate, testosterone enanthate o testosterone transdermal gel.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TETRABENAZINE

## Productos Afectados

- *tetrabenazine*

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

# TIGECYCLINE

## Productos Afectados

- *tigecycline*

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

# TOBI PODHALER

## Productos Afectados

- TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE

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

# TOBRAMYCIN SOLUTION

## Productos Afectados

- *tobramycin in 0.225 % nacl*

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

# TOFACITINIB

## Productos Afectados

- XELJANZ
- XELJANZ XR

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

# TOLCAPONE

## Productos Afectados

- *tolcapone*

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



# TRIENTINE

## Productos Afectados

- *trientine*

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

# TRIHXYPHENIDYL

## Productos Afectados

- *trihexyphenidyl*

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

# TRIMIPRAMINE

## Productos Afectados

- *trimipramine*

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	
<b>Restricciones de Edad</b>	Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa.
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	
<b>Duración de la Cobertura</b>	Hasta el final del año calendario.
<b>Otros Criterios</b>	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, nortriptyline, sertraline, o venlafaxine.
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# TRINTELLIX

## Productos Afectados

- TRINTELLIX

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

# VALCHLOR

## Productos Afectados

- VALCHLOR

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

# VANCOMYCIN CAPSULE

## Productos Afectados

- *vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg*

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

# VEMLIDY

## Productos Afectados

- VEMLIDY

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

# VIBERZI

## Productos Afectados

- VIBERZI

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



# VIGABATRIN

## Productos Afectados

- *vigabatrin oral powder in packet*
- *vigabatrin oral tablet*

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

# VIIBRYD

## Productos Afectados

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

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

# VORICONAZOLE

## Productos Afectados

- *voriconazole intravenous*

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

# XATMEP

## Productos Afectados

- XATMEP

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

# XGEVA

## Productos Afectados

- XGEVA

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

# XIFAXAN

## Productos Afectados

- XIFAXAN

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

# XIIDRA

## Productos Afectados

- XIIDRA

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

# XOLAIR

## Productos Afectados

- XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN

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



# XYREM

## Productos Afectados

- XYREM

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

# ZEPATIER

## Productos Afectados

- ZEPATIER

<b>Criterios de Autorización Previa</b>	<b>Detalles de los Criterios</b>
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Información Médica Requerida</b>	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..
<b>Restricciones de Edad</b>	
<b>Restricciones del Profesional que Receta</b>	Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.
<b>Duración de la Cobertura</b>	De 12 a 16 semanas según el genotipo y polimorfismo, la cirrosis o el tratamiento previo.
<b>Otros Criterios</b>	
<b>Indicaciones</b>	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
<b>Usos No Indicados en la Etiqueta</b>	

# ZYPREXA RELPREVV

## Productos Afectados

- ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR  
SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210  
MG

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

## Índice de Medicamentos

<b>A</b>	
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.....	65
ACTIMMUNE.....	4
adefovir .....	5
AFINITOR DISPERZ.....	17, 18
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG.....	17, 18
ALECENSA.....	17, 18
ALLI 60 MG CAPSULE STARTER PACK.....	7
ALUNBRIG.....	17, 18
AMBISOME.....	8
ambrisentan.....	118
AMITIZA.....	30
amitriptyline.....	9
amoxapine.....	10
amphotericin b .....	11
ANADROL-50.....	12
ANDRODERM.....	13
APOKYN.....	19
aprepitant.....	20
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG.....	14
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>B</b>	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG .....	17, 18
BANZEL ORAL SUSPENSION.....	141
BANZEL ORAL TABLET.....	141
BARACLUDGE ORAL SOLUTION .....	48
BOSULIF.....	17, 18
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG .....	17, 18
BRIVIACT ORAL SOLUTION.....	14
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG .....	14
BRUKINSA .....	17, 18
<b>C</b>	
CABOMETYX .....	17, 18
CALQUENCE .....	17, 18
CAPLYTA .....	112
CAPRELSA .....	17, 18
carisoprodol oral tablet 350 mg .....	26
casprofungin.....	27
claravis .....	79
clobazam oral suspension .....	15
clobazam oral tablet .....	15
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
COTELLIC .....	17, 18
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg.....	32
<b>D</b>	
dalfampridine .....	33
DALIRESP .....	34
daptomycin intravenous recon soln 500 mg.....	35
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG 17, 18	
deferasirox oral tablet, dispersible .....	37
DEMSER .....	98
desipramine.....	38
dexmethylphenidate oral tablet.....	6
diazepam oral concentrate.....	39
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml).....	39
disopyramide phosphate oral capsule .....	40
doxepin oral capsule .....	41
doxepin oral concentrate.....	41
DRIZALMA SPRINKLE .....	42
dronabinol .....	43
<b>E</b>	
ELIGARD.....	45
ELIGARD (3 MONTH).....	45
ELIGARD (4 MONTH).....	45
ELIGARD (6 MONTH).....	45
EMSAM.....	46
ENBREL .....	47
ENBREL MINI.....	47
ENBREL SURECLICK.....	47
entecavir.....	48
ENTRESTO .....	49

EPIDIOLEX.....	14
EPOGEN INJECTION SOLUTION 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML.	50
ERIVEDGE.....	17, 18
ERLEADA.....	17, 18
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg...	17, 18
ertapenem.....	51
ESBRIET ORAL CAPSULE.....	16
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG ....	16
estradiol oral.....	52
estradiol transdermal patch weekly.....	52
<b>F</b>	
FANAPT.....	112
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG..	17, 18
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle .....	53
FETZIMA .....	54
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE .....	57
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %.....	71
FORTEO.....	119
FULPHILA .....	55
FYCOMPA ORAL SUSPENSION .....	14
FYCOMPA ORAL TABLET.....	14
<b>G</b>	
GAMMAGARD LIQUID.....	71
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %) .....	71
GENOTROPIN .....	58
GENOTROPIN MINIQUICK .....	58
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG.....	60
GILOTRIF .....	17, 18
glatiramer .....	61
glatopa.....	62
glyburide micronized .....	63
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg.....	63
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5- 500 mg, 5-500 mg.....	63
guanfacine oral tablet.....	64
guanfacine oral tablet extended release 24 hr .....	64
<b>H</b>	
HUMIRA .....	67
HUMIRA PEN.....	67
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START.....	67
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS.....	69
HUMIRA(CF).....	67
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER.....	68
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	67
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS .....	67

HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML .....	67
<b>I</b>	
IBRANCE.....	17, 18
icatibant.....	56
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG, 45 MG... ..	17, 18
IDHIFA.....	17, 18
imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg.....	17, 18
IMBRUVICA ORAL CAPSULE.....	17, 18
IMBRUVICA ORAL TABLET 280 MG, 420 MG, 560 MG .....	17, 18
imipramine hcl .....	70
imipramine pamoate.....	70
INCRELEX.....	72
indomethacin oral capsule.....	73
INGREZZA.....	74
INGREZZA INITIATION PACK .....	74
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG.....	17, 18
INREBIC.....	17, 18
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 % .....	76
INVEGA SUSTENNA .....	77
INVEGA TRINZA.....	78
IRESSA.....	17, 18
isotretinoin .....	79
itraconazole oral solution.....	80
<b>J</b>	
JAKAFI.....	17, 18
JANUMET.....	145
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG .....	145
JANUVIA .....	145
<b>K</b>	
KALYDECO.....	81
KINERET .....	82
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 .....	83
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG 17, 18	
KUVAN .....	142
<b>L</b>	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG .....	112
ledipasvir-sofosbuvir.....	84
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.....	85
leuprolide subcutaneous kit.....	86
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 .....	87
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %...	88
linezolid in dextrose 5%.....	89
linezolid oral suspension for reconstitution .....	89
linezolid oral tablet .....	89
LINZESS.....	30
LONSURF .....	17, 18
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	17, 18
LUPRON DEPOT.....	90
LUPRON DEPOT (3 MONTH) .....	90
LUPRON DEPOT (4 MONTH) .....	90
LUPRON DEPOT (6 MONTH) .....	90
LYNPARZA ORAL TABLET .....	17, 18
<b>M</b>	
MATULANE .....	17, 18
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml).....	92
megestrol oral tablet.....	92
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	17, 18
MEKTOVI .....	17, 18
meprobamate.....	93
methocarbamol oral .....	94
methoxsalen .....	95
methyl dopa.....	96
methyl dopa-hydrochlorothiazide .....	97
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
micafungin .....	101
modafinil .....	99
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg.....	66
MOVANTIK.....	30
MULTAQ .....	100
<b>N</b>	
NAYZILAM .....	102
NERLYNX .....	17, 18
NEUPOGEN .....	55

NEUPRO.....	103
NEXAVAR.....	17, 18
NINLARO.....	17, 18
NORTHERA.....	44
noxafil oral suspension .....	125
NUBEQA .....	17, 18
NUCALA.....	104
NUEDEXTA.....	105
NUPLAZID ORAL CAPSULE.....	106
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG.....	106
NUTRILIPID .....	107
<b>O</b>	
octreotide acetate injection solution.....	108
ODOMZO .....	17, 18
OFEV .....	16
olanzapine intramuscular .....	110
olanzapine oral tablet,disintegrating.....	109
OMNITROPE .....	111
ORENCIA CLICKJECT.....	113
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE	125
MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML...	113
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET..	114
ORKAMBI ORAL TABLET .....	114
oxandrolone.....	115
OXBRYTA .....	116
OXERVATE .....	117
<b>P</b>	
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg .....	112
PANRETIN.....	17, 18
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 180 MCG/0.5 ML .....	121
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION.....	121
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE .....	121
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.....	75
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 .....	91
pregabalin oral solution.....	91
PREMARIN ORAL .....	126

PREMPRO..... 127  
 PROCREDIT 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..... 128  
 PROLIA..... 129  
 PROMACTA..... 130  
 promethazine oral..... 131  
 promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg 131  
 promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg... 131  
 protriptyline..... 132  
 PURIXAN..... 17, 18  
 pyrimethamine ..... 36  
**Q**  
 QINLOCK..... 17, 18  
 quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150  
 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg..... 112  
 quinine sulfate..... 133  
**R**  
 ranolazine..... 134  
 RAYALDEE..... 135  
 REBIF (WITH ALBUMIN)..... 75  
 REBIF REBIDOSE..... 75  
 REBIF TITRATION PACK..... 75  
 REPATHA PUSHTRONEX..... 136  
 REPATHA SURECLICK..... 136  
 REPATHA SYRINGE..... 136  
 RESTASIS..... 137  
 RETACRIT..... 138  
 RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG.. 17,  
 18  
 REVLIMID..... 17, 18  
 REXULTI..... 139  
 RISPERDAL CONSTA..... 140  
 ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200  
 MG..... 17, 18  
 RUBRACA..... 17, 18  
 RYDAPT..... 17, 18  
**S**  
 SAPHRIS..... 112  
 SECUADO..... 143  
 SIGNIFOR..... 144  
 sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet..... 120  
 sofosbuvir-velpatasvir..... 146  
 SOMATULINE DEPOT..... 147  
 SOMAVERT..... 148  
 SPRITAM..... 149  
 SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20  
 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG..... 17, 18  
 STELARA SUBCUTANEOUS..... 150

STIVARGA..... 17, 18  
 SUTENT..... 17, 18  
 SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG,  
 300 MCG..... 151  
 SYMDEKO..... 152  
 SYMLINPEN 120..... 153  
 SYMLINPEN 60..... 153  
 SYMPAZAN..... 154  
 SYNAREL..... 155  
 SYNRIBO..... 17, 18  
**T**  
 TABLOID..... 17, 18  
 tacrolimus topical..... 156  
 tadalafil (pulm. hypertension)..... 120  
 TAFINLAR..... 17, 18  
 TAGRISSO..... 17, 18  
 TAKHZYRO..... 157  
 TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG17,  
 18  
 TASIGNA..... 17, 18  
 tazarotene..... 158  
 TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %..... 158  
 TAZORAC TOPICAL GEL..... 158  
 TAZVERIK..... 17, 18  
 TECFIDERA..... 159  
 testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml,  
 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)..... 160  
 testosterone enanthate..... 160  
 testosterone transdermal gel in metered-dose pump  
 ..... 13, 161  
 testosterone transdermal gel in packet 1 % (25  
 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)..... 13  
 testosterone transdermal solution in metered pump  
 w/app..... 13  
 tetrabenazine..... 162  
 THALOMID..... 17, 18  
 thioridazine..... 66  
 TIBSOVO..... 17, 18  
 tigecycline..... 163  
 TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE,  
 W/INHALATION DEVICE..... 164  
 tobramycin in 0.225 % nacl..... 165  
 tolcapone..... 167  
 trientine..... 168  
 trihexyphenidyl..... 169  
 trimipramine..... 170  
 TRINTELLIX..... 171  
 TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG 17, 18  
 TURALIO..... 17, 18  
 TYKERB..... 18

TYMLOS .....	119	XCOPRI TITRATION PACK .....	15
<b>V</b>		XELJANZ .....	166
VALCHLOR .....	172	XELJANZ XR .....	166
vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg.....	173	XGEVA .....	180
VEMLIDY .....	174	XIFAXAN .....	181
VENCLEXTA .....	18	XIIDRA .....	182
VENCLEXTA STARTING PACK .....	18	XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN ..	183
VERSACLOZ .....	29	XOSPATA .....	18
VERZENIO .....	18	XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20	
VIBERZI .....	175	MG X 5), 60 MG/WEEK (20 MG X 3), 80	
vigabatrin oral powder in packet.....	176	MG/WEEK (20 MG X 4), 80MG TWICE WEEK	
vigabatrin oral tablet .....	176	(160 MG/WEEK).....	18
VIIBRYD ORAL TABLET .....	177	XTANDI .....	18
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG		XYREM .....	184
(7)- 20 MG (23) .....	177	<b>Y</b>	
VIMPAT ORAL SOLUTION .....	15	YONSA .....	18
VIMPAT ORAL TABLET .....	15	<b>Z</b>	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG. 18		ZARXIO .....	55
VITRAKVI ORAL SOLUTION .....	18	ZEJULA .....	18
VIZIMPRO .....	18	ZELBORAF .....	18
voriconazole intravenous .....	178	ZEPATIER.....	185
VOTRIENT.....	18	ZIEXTENZO .....	55
VRAYLAR ORAL CAPSULE.....	112	ZIPRASIDONE MESYLATE .....	59
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK ...	112	ZOLINZA .....	18
<b>X</b>		ZYDELIG .....	18
XALKORI.....	18	ZYKADIA ORAL TABLET .....	18
XATMEP .....	179	ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR	
XCOPRI MAINTENANCE PACK .....	15	SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210	
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200		MG .....	186
MG, 50 MG.....	15	ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG.....	18