PREFERRED CARE NETWORK
A UnitedHealthcare Company

Criterios de Preautorización
2027 MCSNP
Última actualización: 10/15/2026

ABRYSVO

Productos Afectados

- Abrysvo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Todas las indicaciones: La vacuna se usa para prevenir la enfermedad de las vías respiratorias inferiores (LRTD) causada por el virus sincitial respiratorio (RSV). Vacunación para personas de 60 años en adelante: El paciente no recibió una vacuna contra el RSV (es decir, Abrysvo, Arexvy, MRESVIA) durante su vida. A partir de los 60 años. Vacunación en el embarazo: La paciente no recibió la vacuna Abrysvo para el embarazo actual. Los dos siguientes: 1) Se usará para la vacunación activa de mujeres que estén cursando un embarazo de 32 a 36 semanas de edad gestacional, y 2) se usará para la prevención de la LRTD grave causada por el RSV en lactantes desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida. Vacunación para personas de 18 a 59 años: El paciente no recibió una vacuna contra el RSV (es decir, Abrysvo, Arexvy, MRESVIA) durante su vida. De 18 a 59 años de edad. El paciente está en mayor riesgo de LRTD causado por el RSV.
Restricciones de Edad	N/C

Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	6 meses
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ACITRETIN

Productos Afectados

- Acitretin

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Inicial: Diagnóstico de psoriasis grave. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, methotrexate o cyclosporine.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Inicial: Recetado por un dermatólogo, o en consulta con uno.
Duración de la Cobertura	Inicial, reautorización: Año del plan.
Otros Criterios	Reautorización: El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ACTIMMUNE

Productos Afectados

- Actimmune INY. 100mcg/0.5ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: a) Enfermedad granulomatosa crónica (CGD), o b) osteopetrosis grave y maligna (SMO).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ADALIMUMAB-AATY

Productos Afectados

- Adalimumab-aaty Kit de 1 pluma INY. 80mg/0.8ml
- Adalimumab-aaty Kit de 2 plumas
- Adalimumab-aaty 2 jeringas
- Adalimumab-aaty Cd/uc/hs Starter

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ADALIMUMAB-ADBM

Productos Afectados

- Adalimumab-adbm

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ADEMPAS

Productos Afectados

- Adempas

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hipertensión arterial pulmonar (PAH): Diagnóstico de PAH Y la PAH es sintomática Y uno de los siguientes: A) El diagnóstico de PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho o B) el paciente actualmente está en tratamiento por el diagnóstico de PAH. Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (CTEPH): Uno de los siguientes: A) Los dos siguientes: 1) Diagnóstico de CTEPH inoperable o persistente/recurrente y 2) la CTEPH es sintomática O B) el paciente actualmente está en tratamiento por el diagnóstico de CTEPH.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	PAH, CTEPH: Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	PAH, CTEPH: año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

AIMOVIG

Productos Afectados

- Aimovig

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

AKEEGA

Productos Afectados

- Akeega

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ALECENSA

Productos Afectados

- Alecensa

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC. La enfermedad tiene el gen cinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivo. Uno de los siguientes: 1) La enfermedad es una de las siguientes: a) Recurrente, b) avanzada o c) metastásica, o 2) se usa como tratamiento complementario después de la resección del tumor.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ALOSETRON

Productos Afectados

- Alosetron Hydrochloride

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	Síndrome del intestino irritable (IBS) (inicial): Está excluido si el paciente es del sexo masculino.
Información Médica Requerida	IBS (inicial): Diagnóstico del IBS grave crónico con diarrea predominante. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, un antidiarreico [p. ej., loperamide].
Restricciones de Edad	IBS (inicial): De 18 años en adelante.
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	IBS (inicial): 12 semanas. IBS (reautorización): 6 meses.
Otros Criterios	IBS (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

INHIBIDORES DE LA PROTEINASA ALFA-1

Productos Afectados

- Prolastin-c INY. 1,000mg/20ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ALUNBRIG

Productos Afectados

- Alunbrig

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC metastásico, recurrente o avanzado, y tumor con cinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivo.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

AMBRISENTAN

Productos Afectados

- Ambrisentan

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hipertensión arterial pulmonar (PAH): Diagnóstico de PAH. La PAH es sintomática. Uno de los siguientes: A) El diagnóstico de PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho o B) el paciente actualmente está en tratamiento por el diagnóstico de PAH.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	PAH: Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	PAH: año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

APREPITANT

Productos Afectados

- Aprepitant

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Náuseas y Vómitos Inducidos por Quimioterapia (CINV) agudos: El paciente está recibiendo quimioterapia moderada o altamente emetogénica. El paciente está recibiendo simultáneamente un corticoesteroide [p. ej., Decadron (dexamethasone)] y un antagonista de los receptores 5-HT3 [p. ej., Aloxi (palonosetron), Anzemet (dolasetron), Kytril (granisetron), Zofran (ondansetron)]. Prevención de Náuseas y Vómitos Inducidos por Quimioterapia tardíos: El paciente actualmente está recibiendo quimioterapia altamente emetogénica y un corticoesteroide [p. ej., Decadron (dexamethasone)], o el paciente está recibiendo una anthracycline [p. ej., Adriamycin (doxorubicin), Ellence (epirubicin)] y Cytoxan (cyclophosphamide), o el paciente está recibiendo quimioterapia moderadamente emetogénica y se le administró aprepitant (oral o IV) el día 1 de la quimioterapia. Náuseas y Vómitos Posoperatorios (PONV): Para la prevención de las náuseas y los vómitos posoperatorios cuando se administra antes de la inducción de la anestesia.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	CINV agudos, CINV tardíos: año del plan. PONV: 1 mes
Otros Criterios	Sujeto a la revisión de la Parte B en comparación con la Parte D.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ARANESP

Productos Afectados

- Aranesp Albumin Free INY. 100mcg/0.5ml, 100mcg/ml, 10mcg/0.4ml, 150mcg/0.3ml, 200mcg/0.4ml, 200mcg/ml, 25mcg/0.42ml, 25mcg/ml, 300mcg/0.6ml, 40mcg/0.4ml, 40mcg/ml, 500mcg/ml, 60mcg/0.3ml, 60mcg/ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ARCALYST

Productos Afectados

- Arcalyst

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Síndromes Periódicos Asociados a Criopirina (CAPS): Diagnóstico de CAPS, Síndrome Autoinflamatorio Familiar Inducido por el Frío (FCAS) o Síndrome de Muckle-Wells (MWS). Deficiencia del Antagonista del Receptor de la Interleucina-1 (DIRA): Diagnóstico de DIRA. El paciente pesa al menos 10kg. El paciente actualmente está en remisión (p. ej., no tiene fiebre, sarpullido ni dolor óseo/signos radiológicos de lesiones óseas activas/proteína C-reactiva [CRP] menor de 5mg/l). Pericarditis recurrente (inicial): Diagnóstico de pericarditis recurrente según se comprueba por al menos 2 episodios que ocurren con un lapso mínimo de 4 a 6 semanas de diferencia. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, al menos uno de los siguientes: medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (p. ej., ibuprofen, naproxen), colchicine o corticoesteroides (p. ej., prednisone).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	CAPS, DIRA: Año del plan. Pericarditis recurrente (inicial, reautorización): Año del plan.
Otros Criterios	Pericarditis recurrente (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

AREXVY

Productos Afectados

- Arexvy

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ARIKAYCE

Productos Afectados

- Arikayce

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad pulmonar causada por el complejo Mycobacterium avium (MAC). Se usa como parte de un régimen de combinación de medicamentos antibacterianos. Se usa en pacientes que no logran al menos dos cultivos de esputo negativos después de un mínimo de 6 meses consecutivos de un régimen de tratamiento de base con múltiples medicamentos (p. ej., un macrolide, un rifamycin, ethambutol, etc.).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o un pulmonólogo o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ARMODAFINIL

Productos Afectados

- Armodafinil

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ATOVAQUONE SUSPENSIÓN

Productos Afectados

- Atovaquone SUSP.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Profilaxis de la Pulmonía por Pneumocystis Jirovecii (PCP) (inicial): Se usa para la prevención de la PCP. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) genérico. Tratamiento de la Pulmonía por Pneumocystis Jirovecii (PCP): Diagnóstico de PCP de leve a moderada. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, TMP-SMX genérico. Para la continuación del tratamiento en el momento del alta hospitalaria (a los pacientes que están saliendo del hospital se les permite continuar con el uso del medicamento y no se aplican otros requisitos de preautorización).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Profilaxis de la PCP (inicial, reautorización): año del plan. Tratamiento de la PCP: 21 días.
Otros Criterios	Profilaxis de la PCP (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

AUGTYRO

Productos Afectados

- Augtyro

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC. La enfermedad es una de las siguientes: a) avanzada, b) metastásica o c) recurrente. La enfermedad es positiva a ROS1. Tumores sólidos: Diagnóstico de tumores sólidos. La enfermedad es positiva para la fusión génica del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK) (p. ej., ETV6-NTRK3, TPM3-NTRK1, LMNA-NTRK1). La enfermedad no tiene una mutación por resistencia adquirida conocida (p. ej., TRKA G595R, G623R, G696A, F617L). La enfermedad es una de las siguientes: a) Localmente avanzada, b) metastásica o c) irresecable (incluidos los casos en que la resección quirúrgica tiene probabilidades de causar una morbilidad grave). Uno de los siguientes: a) La enfermedad ha avanzado después del tratamiento o b) no hay una terapia alternativa satisfactoria.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

AUSTEDO

Productos Afectados

- Austedo
- Austedo Xr
- Austedo Xr Patient Titration Kit

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Discinesia tardía: Diagnóstico de discinesia tardía. Uno de los siguientes: a) el paciente tiene síntomas persistentes de discinesia tardía a pesar de haber probado una reducción de la dosis, disminución gradual o interrupción del medicamento causal O b) el paciente no es candidato para probar una reducción de la dosis, disminución gradual o interrupción del medicamento causal. Corea asociada con la enfermedad de Huntington: Diagnóstico de corea en pacientes con enfermedad de Huntington.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Discinesia tardía: Recetado por un neurólogo o un psiquiatra, o en consulta con uno de estos. Corea asociada con la enfermedad de Huntington: Recetado por un neurólogo, o en consulta con uno.
Duración de la Cobertura	Todas las indicaciones: Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

AVMAPKI FAKZYNJA

Productos Afectados

- Avmapki Fakzynja Co-pack

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de ovario seroso de escasa malignidad (LGSOC) recurrente. El tumor tiene la mutación KRAS. El paciente recibió un tratamiento sistémico previo (p. ej., quimioterapia).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

AVTOZMA SC

Productos Afectados

- Avtozma INY. 162mg/0.9ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

AYVAKIT

Productos Afectados

- Ayvakit

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

BALVERSA

Productos Afectados

- Balversa

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Carcinoma urotelial: Diagnóstico de carcinoma urotelial (UC). Uno de los siguientes: Localmente avanzado o metastásico. Presencia de alteraciones genéticas del receptor 3 de factores de crecimiento de fibroblastos (FGFR). La enfermedad ha avanzado durante o después de al menos una línea de tratamiento sistémico previo (p. ej., quimioterapia). Uno de los siguientes: 1) El paciente recibió un tratamiento sistémico previo que contenía un inhibidor de puntos de control inmunitario (p. ej., pembrolizumab, nivolumab, avelumab) o 2) el paciente no cumple los requisitos para el tratamiento con un inhibidor de puntos de control inmunitario (p. ej., pembrolizumab, nivolumab, avelumab).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BENLYSTA

Productos Afectados

- Benlysta INY. 200mg/ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Lupus Eritematoso Sistémico (SLE) (inicial): Diagnóstico de SLE activo. Autoanticuerpo positivo (es decir, valor de anticuerpo antinuclear [ANA] mayor de o igual a 1:80 o nivel de anti-dsADN mayor de o igual a 30UI/ml). Actualmente el paciente recibe al menos un tratamiento estándar para el SLE activo (p. ej., antimaláricos [p. ej., Plaquenil (hydroxychloroquine)], corticoesteroides [p. ej., prednisone] o inmunodepresores [p. ej., methotrexate, Imuran (azathioprine)]). Nefritis lúpica (inicial): Diagnóstico de nefritis lúpica activa. Actualmente el paciente recibe un tratamiento estándar para la nefritis lúpica activa (p. ej., corticoesteroides [p. ej., prednisone] con mycophenolate o cyclophosphamide).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	SLE, nefritis lúpica (inicial, reautorización): 6 meses.
Otros Criterios	SLE, nefritis lúpica (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BENZODIACEPINAS - ALPRAZOLAM

Productos Afectados

- Alprazolam TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El medicamento se receta para una indicación médicamente aceptada. El profesional que receta reconoce las inquietudes de seguridad (p. ej., somnolencia, mayor riesgo de caídas, alteración del estado mental) en relación con el uso de la benzodiacepina recetada.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BENZODIACEPINAS - CLONAZEPAM

Productos Afectados

- Clonazepam TAB. 0.5mg, 1mg, 2mg
- Clonazepam Odt

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El medicamento se receta para una indicación médicamente aceptada. El profesional que receta reconoce las inquietudes de seguridad (p. ej., somnolencia, mayor riesgo de caídas, alteración del estado mental) en relación con el uso de la benzodiacepina recetada.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BENZODIACEPINAS - CLORAZEPATE

Productos Afectados

- Clorazepate Dipotassium TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El medicamento se receta para una indicación médicamente aceptada. El profesional que receta reconoce las inquietudes de seguridad (p. ej., somnolencia, mayor riesgo de caídas, alteración del estado mental) en relación con el uso de la benzodiacepina recetada.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BENZODIACEPINAS - DIAZEPAM

Productos Afectados

- Diazepam SOL. ORAL 5mg/5ml
- Diazepam TAB.
- Diazepam Intensol

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El medicamento se receta para una indicación médicamente aceptada. El profesional que receta reconoce las inquietudes de seguridad (p. ej., somnolencia, mayor riesgo de caídas, alteración del estado mental) en relación con el uso de la benzodiacepina recetada.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BENZODIACEPINAS - LORAZEPAM

Productos Afectados

- Lorazepam TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El medicamento se receta para una indicación médicamente aceptada. El profesional que receta reconoce las inquietudes de seguridad (p. ej., somnolencia, mayor riesgo de caídas, alteración del estado mental) en relación con el uso de la benzodiacepina recetada.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BENZODIACEPINAS - TEMAZEPAM

Productos Afectados

- Temazepam CÁP. 15mg, 30mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El medicamento se receta para una indicación médicamente aceptada. El profesional que receta reconoce las inquietudes de seguridad (p. ej., somnolencia, mayor riesgo de caídas, alteración del estado mental) en relación con el uso de la benzodiacepina recetada.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BESREMI

Productos Afectados

- Besremi
- Besremi Pen

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

BEXAROTENE

Productos Afectados

- Bexarotene

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Linfoma de linfocitos T cutáneo (CTCL): Diagnóstico de linfoma de linfocitos T cutáneo (CTCL).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BOSENTAN

Productos Afectados

- Bosentan TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hipertensión arterial pulmonar (PAH): Diagnóstico de PAH Y la PAH es sintomática Y uno de los siguientes: A) El diagnóstico de PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho o B) el paciente actualmente está en tratamiento por el diagnóstico de PAH.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	PAH: Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o en consulta con uno de estos
Duración de la Cobertura	PAH: Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BOSULIF

Productos Afectados

- Bosulif CÁP.
- Bosulif TAB. 100mg, 500mg
- Bosutinib TAB. 400mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mielógena/mieloide crónica (CML).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BRAFTOVI

Productos Afectados

- Braftovi CÁP. 75mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Melanoma: Diagnóstico de melanoma metastásico o melanoma irresecable. El paciente resulta positivo a la mutación BRAF V600. Se usa en combinación con Mektovi (binimetinib). Cáncer colorrectal: Diagnóstico de cáncer de colon o cáncer de recto. La enfermedad es una de las siguientes: avanzada o metastásica. El paciente resulta positivo a la mutación BRAF V600E. Uno de los siguientes: 1) El paciente ha recibido un tratamiento previo o 2) se usa en combinación con quimioterapia a base de fluorouracil (p. ej. mFOLFOX6, FOLFIRI). Se usa en combinación con uno de los siguientes: 1) Erbitux (cetuximab) o 2) Vectibix (panitumumab). Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC. La enfermedad es una de las siguientes: recurrente, avanzada o metastásica. El paciente resulta positivo a la mutación BRAF V600. Se usa en combinación con Mektovi (binimetinib).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BRIVIACT

Productos Afectados

- Brivaracetam SOL. ORAL
- Brivaracetam TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BRUKINSA

Productos Afectados

- Brukinsa TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Linfoma de Células del Manto (MCL): Diagnóstico de MCL. Contraindicación de, o intolerancia a, Calquence (acalabrutinib). Macroglobulinemia de Waldenström (WM)/Linfoma Linfoplasmocítico (LPL): Diagnóstico de WM/LPL. Linfoma de Zona Marginal (MZL): Diagnóstico de MZL. La enfermedad es progresiva, recidivante o resistente al tratamiento. El paciente ha recibido al menos un régimen a base de anti-CD20 (p. ej., rituximab, obinutuzumab). Leucemia Linfocítica Crónica (CLL)/Linfoma Linfocítico de Células Pequeñas (SLL): Diagnóstico de CLL o SLL. Contraindicación de, o intolerancia a, Calquence (acalabrutinib). Linfoma Folicular (FL): Diagnóstico de FL. La enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento. Se usa en combinación con Gazyva (obinutuzumab). El paciente ha recibido al menos dos líneas de tratamiento sistémico previo (p. ej., CHOP: cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine y prednisone más rituximab).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

BYLVAY

Productos Afectados

- Bylvay
- Bylvay (gránulos)

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) (inicial): Diagnóstico de colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) de tipo 1, 2 o 3, confirmado por uno de los siguientes: 1) Prueba de diagnóstico (p. ej., prueba de la función hepática, ecografía y biopsia hepáticas, análisis biliar) o 2) pruebas genéticas. Síndrome de Alagille (ALGS) (inicial): Diagnóstico de síndrome de Alagille (ALGS). Las pruebas genéticas moleculares confirman mutaciones en el gen JAG1 o NOTCH2.
Restricciones de Edad	PFIC (inicial): Paciente de 3 meses de vida en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	PFIC, ALGS (inicial): Recetado por un hepatólogo o un gastroenterólogo, o en consulta con uno
Duración de la Cobertura	PFIC, ALGS (inicial): Año del plan. PFIC, ALGS (reautorización): Año del plan.
Otros Criterios	PFIC, ALGS (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CABLIVI

Productos Afectados

- Cablivi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Púrpura trombocitopénica trombótica adquirida (aTTP): Diagnóstico de aTTP. La primera dosis fue o será administrada por un proveedor de cuidado de la salud como inyección intravenosa rápida. Se usa en combinación con una terapia inmunodepresora (p. ej., rituximab, glucocorticoides [p. ej., prednisone]). Uno de los siguientes: 1) Se usa en combinación con plasmaféresis o 2) los dos siguientes: el paciente ha finalizado la plasmaféresis y han o habrán transcurrido menos de 59 días después de la última plasmaféresis.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	3 meses
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CABOMETYX

Productos Afectados

- Cabometyx

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Carcinoma de células renales (RCC): Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: a) RCC avanzado, b) RCC recidivante o c) leiomiomatosis hereditaria y RCC (HLRCC). Carcinoma Hepatocelular (HCC): Diagnóstico de HCC. Se usa como tratamiento sistémico de línea subsiguiente. Cáncer de Tiroides Diferenciado (DTC): Diagnóstico de DTC. La enfermedad es una de las siguientes: a) localmente avanzada o b) metastásica. La enfermedad ha avanzado después del tratamiento previo dirigido a VEGFR (p. ej., Lenvima [lenvatinib], Nexavar [sorafenib]). La enfermedad es resistente al tratamiento con iodo radioactivo o no cumple los requisitos para este. Tumores neuroendocrinos de páncreas (pNET), tumores neuroendocrinos extrapancreáticos (epNET): Diagnóstico de pNET o epNET. La enfermedad es una de las siguientes: a) irresecable, b) localmente avanzada o c) metastásica. Los tumores están bien diferenciados.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CALQUENCE

Productos Afectados

- Calquence TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Linfoma de células del manto: Diagnóstico de linfoma de células del manto (MCL). Uno de los siguientes: 1) Todo lo siguiente: a) El paciente no ha recibido ningún tratamiento previo para el MCL (p. ej., bortezomib, rituximab), b) el paciente no cumple los requisitos para un trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas (HSCT) y c) el medicamento se usa en combinación con bendamustine y rituximab, o 2) el paciente ha recibido al menos un tratamiento previo para el MCL (p. ej., bortezomib, rituximab). Leucemia Linfocítica Crónica (CLL) o Linfoma Linfocítico de Células Pequeñas (SLL): Diagnóstico de CLL o SLL.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CARGLUMIC ACID

Productos Afectados

- Carglumic Acid

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hiperamonemia Aguda por Deficiencia de la N-acetilglutamato Sintasa (NAGS) (AH por NAGS): Diagnóstico de hiperamonemia aguda por la deficiencia de la enzima hepática NAGS. El medicamento se usará como terapia complementaria a otros tratamientos para reducir los niveles de amoníaco (p. ej., glucosa intravenosa, insulina, L-carnitina). Hiperamonemia Crónica por Deficiencia de la N-acetilglutamato Sintasa (NAGS) (CH por NAGS) (inicial): Diagnóstico de hiperamonemia crónica por la deficiencia de la enzima hepática NAGS. El medicamento se usará como tratamiento de mantenimiento. Hiperamonemia Aguda por Acidemia Propiónica (PA) o Acidemia Metilmalónica (MMA) (AH por PA/MMA): Diagnóstico de hiperamonemia aguda por acidemia propiónica (PA) o acidemia metilmalónica (MMA). El medicamento se usará como terapia complementaria a otros tratamientos para reducir los niveles de amoníaco (p. ej., glucosa intravenosa, insulina, L-carnitina).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	AH por NAGS, CH por NAGS (inicial), AH por PA/MMA: Recetado por un especialista que se dedica al tratamiento de trastornos del metabolismo, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	AH por NAGS: 3 meses, CH por NAGS (inicial, reautorización): Año del plan, AH por PA/MMA: 1 mes.
Otros Criterios	Hiperamonemia Crónica por Deficiencia de la N-acetilglutamato Sintasa (NAGS) (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CAYSTON

Productos Afectados

- Cayston

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Fibrosis Quística (CF): Diagnóstico de CF e infección pulmonar con cultivo positivo que revela la presencia de infección por Pseudomonas aeruginosa.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CHOLBAM

Productos Afectados

- Cholbam

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Trastornos de la síntesis del ácido biliar (BAS) debido a defectos de una sola enzima (inicial): Diagnóstico de un trastorno de la síntesis del ácido biliar debido al defecto de una sola enzima. Trastornos peroxisomales (PD) (inicial): Diagnóstico de un trastorno peroxisomal, incluidos los trastornos del espectro de Zellweger. El paciente presenta al menos uno de los siguientes cuadros: a) enfermedad hepática (p. ej., ictericia, nivel elevado de transaminasas séricas), b) esteatorrea, o c) complicaciones por la absorción reducida de vitaminas solubles en grasa (p. ej., crecimiento deficiente). Se usará como tratamiento complementario.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Todos los usos (inicial): Recetado por un hepatólogo, un genetista médico, un gastroenterólogo u otro especialista que trate errores congénitos del metabolismo.
Duración de la Cobertura	Todos los usos (inicial): 3 meses, (reautorización): Año del plan.
Otros Criterios	Todos los usos (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CLOBAZAM

Productos Afectados

- Clobazam SUSP. 2.5mg/ml
- Clobazam TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Síndrome de Lennox-Gastaut: Diagnóstico de síndrome de Lennox-Gastaut. Se usa para el tratamiento complementario de las convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut. Síndrome de Dravet: Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet (DS). Se usa en combinación con Diacomit.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CLONIDINE ER

Productos Afectados

- Clonidine Hydrochloride Er TAB. DE LIB. PROL. 12 H

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

COBENFY

Productos Afectados

- Cobenfy
- Cobenfy Starter Pack

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de esquizofrenia. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, uno de los siguientes: a) aripiprazole, b) asenapine, c) olanzapine, d) paliperidone, e) quetiapine (IR o ER), f) risperidone, o g) ziprasidone. Paciente menor de 65 años o los dos siguientes: a) Paciente de 65 años en adelante y b) el profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

COMETRIQ

Productos Afectados

- Cometriq

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de Tiroides Medular (MTC): Diagnóstico de cáncer de tiroides medular (MTC).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

COPIKTRA

Productos Afectados

- Copiktra

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia linfocítica crónica (CLL) o linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL). La enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, al menos dos tratamientos previos para CLL/SLL [p. ej., Leukeran (chlorambucil), Gazyva (obinutuzumab), Arzerra (ofatumumab), Bendeka (bendamustine), Imbruvica (ibrutinib), etc.].
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CORLANOR

Productos Afectados

- Ivabradine Hydrochloride

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Insuficiencia cardíaca crónica (CHF) (inicial): Diagnóstico de CHF. El paciente tiene síntomas de Clase II, III o IV según la New York Heart Association (NYHA). El paciente tiene una fracción de eyección ventricular izquierda menor de o igual al 35%. El paciente está en ritmo sinusal. El paciente tiene una frecuencia cardíaca en reposo mayor de o igual a 70 latidos por minuto. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, dos de los siguientes a una dosis máxima tolerada: A) Uno de los siguientes: 1) inhibidor de la ACE (p. ej., captopril, enalapril, lisinopril), 2) un ARB (p. ej., candesartan, losartan, valsartan) o 3) inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina (ARNI) (p. ej., Entresto [sacubitril y valsartan]), B) uno de los siguientes: 1) bisoprolol, 2) carvedilol, o 3) metoprolol succinate de liberación prolongada, C) inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2) [p. ej., Jardiance (empagliflozin), Farxiga (dapagliflozin), Xigduo XR (dapagliflozin y metformin)], o D) antagonista de los receptores de mineralocorticoides (MRA) [p. ej., eplerenone, spironolactone]. Cardiomiopatía Dilatada (DCM) (inicial): Diagnóstico de insuficiencia cardíaca debido a DCM. El paciente tiene síntomas de Clase II, III o IV según la New York Heart Association (NYHA). El paciente está en ritmo sinusal. El paciente tiene una frecuencia cardíaca elevada. Prueba o contraindicación de, o intolerancia a, uno de los siguientes: 1) Betabloqueante (p. ej., bisoprolol, metoprolol succinate de liberación prolongada), 2) inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ACE) (p. ej., captopril, enalapril), o 3) diurético (p. ej., spironolactone, furosemide).
Restricciones de Edad	N/C

Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	CHF, DCM (inicial, reautorización): año del plan
Otros Criterios	CHF, DCM (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

COSENTYX

Productos Afectados

- Cosentyx INY. 150mg/ml, 75mg/0.5ml
- Cosentyx Sensoready Pen
- Cosentyx Unoready

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

COTELLIC

Productos Afectados

- Cotellic

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Melanoma: Diagnóstico de melanoma metastásico o irresecable. La enfermedad es positiva para la mutación BRAF V600E o V600K. Se usa en combinación con Zelboraf (vemurafenib). Neoplasia histiocítica: Diagnóstico de neoplasia histiocítica.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CRESEMBA ORAL

Productos Afectados

- Cresemba CÁP.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de aspergilosis invasiva o mucormicosis invasiva.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	3 meses
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CRINONE

Productos Afectados

- Crinone GEL 8%

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	Todas las indicaciones: Está excluido para usos de fertilidad.
Información Médica Requerida	Amenorrea secundaria: Diagnóstico de amenorrea secundaria (ausencia de menstruación en mujeres que ya comenzaron a menstruar y no están embarazadas, dando el pecho ni están en la menopausia).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

CTEXLI

Productos Afectados

- Ctexli

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Inicial: Diagnóstico de xantomatosis cerebrotendinosa (enfermedad por almacenamiento de colestanol). La enfermedad se confirma por la presencia de variantes patogénicas en el gen CYP27A1.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Inicial: Recetado por uno de los siguientes o en consulta con uno de ellos: a) Neurólogo, b) genetista, c) especialista en enfermedades metabólicas o d) endocrinólogo.
Duración de la Cobertura	Inicial, reautorización: Año del plan.
Otros Criterios	Reautorización: El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

DANZITEN

Productos Afectados

- Danziten

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide crónica.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

DAURISMO

Productos Afectados

- Daurismo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Leucemia mieloide aguda (AML): Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML) diagnosticada recientemente Y el tratamiento con Daurismo se administrará en combinación con cytarabine de dosis bajas Y uno de los siguientes: 1) El paciente tiene 75 años o más, o 2) el paciente tiene comorbilidades significativas que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

DEFERASIROX

Productos Afectados

- Deferasirox TAB.
- Deferasirox TAB. SOLUBLE

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre (inicial): Diagnóstico de sobrecarga crónica de hierro (p. ej., anemia drepanocítica, talasemia, etc.) debido a transfusión de sangre. El paciente recibió una transfusión de sangre de al menos 100ml/kg glóbulos rojos concentrados (p. ej., al menos 20 unidades de glóbulos rojos concentrados para una persona de 40kg o más en personas que pesen más de 40kg) antes del inicio del tratamiento con deferasirox. El paciente tiene niveles de ferritina sérica sostenidamente mayores de 1,000mcg/l antes del inicio del tratamiento con deferasirox. Sobrecarga crónica en síndromes talámicos no dependientes de transfusiones (inicial): Diagnóstico de sobrecarga crónica de hierro en síndrome talámico no dependiente de transfusiones. El paciente tiene sostenidamente niveles de concentración de hierro (Fe) hepático (LIC) mayores de o iguales a 5mg Fe por gramo de peso seco antes del inicio del tratamiento con deferasirox. El paciente tiene niveles de ferritina sérica sostenidamente mayores de 300mcg/l antes del inicio del tratamiento con deferasirox.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Inicial: Recetado por un hematólogo, un oncólogo o un hepatólogo.

Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre, sobrecarga crónica en síndromes talámicos no dependientes de transfusiones (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

DEGARELIX

Productos Afectados

- Firmagon INY. 120mg/AMPOLLETA, 80mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de próstata: Diagnóstico de cáncer de próstata.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

DIACOMIT

Productos Afectados

- Diacomit

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones asociadas con el Síndrome de Dravet (DS). Se usa en combinación con clobazam.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

DICLOFENAC GEL 3%

Productos Afectados

- Diclofenac Sodium GEL 3%

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Queratosis actínica (inicial): Diagnóstico de queratosis actínica.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	3 meses
Otros Criterios	Queratosis actínica (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento. Han transcurrido al menos 30 días desde la interrupción del tratamiento con gel tópico de diclofenac sodium 3%.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

DICLOFENAC SOLUCIÓN TÓPICA 1.5%

Productos Afectados

- Diclofenac Sodium SOL. TÓPICA 1.5%

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de artrosis de rodilla.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

DOPTELET

Productos Afectados

- Doptelet

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

DOPTELET SPRINKLE

Productos Afectados

- Doptelet Sprinkle

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

DRONABINOL

Productos Afectados

- Dronabinol CÁP.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Náuseas y Vómitos Asociados con la Quimioterapia contra el Cáncer (CINV): El paciente está recibiendo quimioterapia contra el cáncer. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, (T/C/I) un antagonista de los receptores 5HT-3 (p. ej., Anzemet [dolasetron], Kytril [granisetron] o Zofran [ondansetron]). T/C/I de/a uno de los siguientes: Ativan (lorazepam), Compazine (prochlorperazine), Decadron (dexamethasone), Haldol (haloperidol), Phenergan (promethazine), Reglan (metoclopramide), Zyprexa (olanzapine). Anorexia en el SIDA: Diagnóstico de anorexia con descenso del peso en pacientes con SIDA.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	CINV: 6 meses. Anorexia en el SIDA: Año del plan.
Otros Criterios	Sujeto a la revisión de la Parte B en comparación con la Parte D. CINV: Aprobar para la continuación de un tratamiento cubierto por la Parte B cuando el paciente esté recibiendo quimioterapia contra el cáncer.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

DROXIDOPA

Productos Afectados

- Droxidopa

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hipotensión ortostática neurógena (NOH): (Inicial): Diagnóstico de NOH sintomática. La NOH es causada por una de las siguientes enfermedades: insuficiencia autonómica primaria (p. ej., enfermedad de Parkinson, atrofia de múltiples sistemas, insuficiencia autonómica pura), deficiencia de dopamina beta-hidroxilasa, neuropatía autonómica no diabética. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, uno de los siguientes agentes: Fludrocortisone acetate, midodrine.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	NOH (inicial): Recetado por uno de los siguientes especialistas o en consulta con uno de estos: cardiólogo, neurólogo, nefrólogo.
Duración de la Cobertura	Inicial: 1 mes. Reautorización: año del plan
Otros Criterios	(Reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

DUPIXENT

Productos Afectados

- Dupixent INY. 200mg/1.14ml, 300mg/2ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

EBGLYSS

Productos Afectados

- Ebglyss

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ELIGARD

Productos Afectados

- Eligard

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de próstata: Tratamiento del cáncer de próstata avanzado.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

EMFLAZA

Productos Afectados

- Deflazacort
- Jaythari
- Kymbee
- Pyquvi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

EMGALITY

Productos Afectados

- Emgality

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

EMSAM

Productos Afectados

- Emsam

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (MDD): Uno de los siguientes: 1) Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, DOS de los siguientes: a) un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI) (p. ej., venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine), b) un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) (p. ej., fluoxetine, sertraline, paroxetine, escitalopram), c) mirtazapine, d) bupropion, O 2) el paciente no puede tragar una forma de dosificación oral sólida (p. ej., edad, limitación física, disfagia, el paciente está usando una sonda de alimentación o una sonda nasogástrica).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ENBREL

Productos Afectados

- Enbrel INY. 25mg/0.5ml, 50mg/ml
- Enbrel Mini
- Enbrel Sureclick

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ENDARI

Productos Afectados

- L-glutamine PAQUETE

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ENSACOVE

Productos Afectados

- Ensacove

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC). El tumor tiene el gen cinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivo. La enfermedad es una de las siguientes: a) avanzada, b) metastásica o c) recurrente. El paciente no ha recibido previamente un inhibidor de ALK [p. ej., Alecensa (alectinib), Alunbrig (brigatinib), Lorbrena (lorlatinib), Zykadia (ceritinib)].
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ENTYVIO SC

Productos Afectados

- Entyvio Pen

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Enfermedad de Crohn (CD) (inicial): Diagnóstico de CD de moderada a gravemente activa. Colitis Ulcerosa (UC) (inicial): Diagnóstico de UC de moderada a gravemente activa. CD, UC (inicial): Uno de los siguientes: a) Se usará como dosis de mantenimiento después de dos dosis de Entyvio IV para la inducción, o b) el paciente ya está en tratamiento con Entyvio IV.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	CD, UC (inicial): Recetado por un gastroenterólogo, o en consulta con uno.
Duración de la Cobertura	CD, UC (inicial): 14 semanas. CD, UC (reautorización): año del plan.
Otros Criterios	CD, UC (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

EPCLUSA

Productos Afectados

- Sofosbuvir/velpatasvir

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

EPIDIOLEX

Productos Afectados

- Epidiolex

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): Diagnóstico de convulsiones asociadas con el LGS. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, dos antiepilépticos del formulario (p. ej., topiramate, lamotrigine, valproate). Síndrome de Dravet (DS): Diagnóstico de convulsiones asociadas con el DS. Complejo de esclerosis tuberosa (TSC): Diagnóstico de convulsiones asociadas con el TSC.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

EPOETIN ALFA (MEDICAMENTO PREFERIDO)

Productos Afectados

- Procrit

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ERGOTAMINE - CAFFEINE TABLETA

Productos Afectados

- Ergotamine Tartrate/caffeine

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Inicial: Diagnóstico de dolor de cabeza vascular (p. ej., migraña, variantes de la migraña o "cefalalgia histamínica"). Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, un triptano del formulario (p. ej., rizatriptan, sumatriptan). No se usa al mismo tiempo que inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Inicial, reautorización: Año del plan.
Otros Criterios	Reautorización: El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ERIVEDGE

Productos Afectados

- Erivedge

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Carcinoma basocelular metastásico (BCC): Diagnóstico de carcinoma basocelular metastásico. Carcinoma basocelular avanzado: Diagnóstico de carcinoma basocelular localmente avanzado. Uno de los siguientes: Recidiva del cáncer después de la cirugía, el paciente no es candidato para la cirugía o el paciente no es candidato para radiación.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ERLEADA

Productos Afectados

- Erleada

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de próstata no metastásico resistente a la castración (NM-CRPC): Diagnóstico de cáncer de próstata no metastásico resistente a la castración (química o quirúrgica) o recurrente. Uno de los siguientes: 1) Se usa en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) (p. ej., Zoladex [goserelin], Vantas [histrelin], Lupron [leuprolide], Trelstar [triptorelin], Firmagon [degarelix]) O 2) el paciente se sometió a una orquiectomía bilateral. Cáncer de próstata metastásico sensible a la castración (M-CSPC): Diagnóstico de cáncer de próstata metastásico sensible a la castración o sin tratamiento previo. Uno de los siguientes: 1) Se usa en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) (p. ej., Lupron [leuprolide], Trelstar [triptorelin], Zoladex [goserelin], Vantas [histrelin], Firmagon [degarelix]) O 2) el paciente se sometió a una orquiectomía bilateral.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ERLOTINIB

Productos Afectados

- Erlotinib Hydrochloride TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC. La enfermedad es una de las siguientes: a) avanzada, b) metastásica o c) recurrente. Los tumores dan positivo para mutaciones de deleción del exón 19 del receptor de factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones de sustitución del exón 21 (L858R) o una mutación sensibilizante conocida del EGFR (p. ej., inserciones en el exón 20 en el marco de lectura, mutación G719 en el exón 18, mutación L861Q en el exón 21). Cáncer de páncreas: Diagnóstico de cáncer de páncreas localmente avanzado, irresecable o metastásico. Se usa en combinación con Gemzar (gemcitabine).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

EVEROLIMUS

Productos Afectados

- Everolimus TAB. 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg
- Torpenz
- Yulithira

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Tumores Neuroendocrinos (NET): Uno de los siguientes: 1) Los dos siguientes: a) Diagnóstico de tumores neuroendocrinos de origen gastrointestinal, de origen pulmonar o de origen tímico y b) la enfermedad es irresecable, localmente avanzada o metastásica, O 2) diagnóstico de tumores neuroendocrinos de origen pancreático, O 3) Todo lo siguiente: a) Diagnóstico de tumor neuroendocrino de grado 3 bien diferenciado, b) la enfermedad es irresecable, localmente avanzada o metastásica, y c) el tumor tiene una biología favorable (p. ej., Ki-67 relativamente bajo [menos del 55 %], crecimiento lento, estudios por imágenes positivos mediante tomografía por emisión de positrones [PET] según los receptores de somatostatina [SSTR]). Cáncer de riñón/Carcinoma de células renales: Diagnóstico de cáncer de riñón/cáncer de células renales. La enfermedad es una de las siguientes: (1) recidivante o (2) enfermedad en etapa IV. Angiomiolipoma renal con complejo de esclerosis tuberosa (TSC): Diagnóstico de angiomiolipoma renal y TSC. Astrocitoma Subependimario de Células Gigantes (SEGA) con esclerosis tuberosa (TS): Diagnóstico de SEGA relacionado con TS. Cáncer de seno: Diagnóstico de cáncer de seno recurrente o metastásico. Uno de los siguientes: 1) La enfermedad es positiva a los receptores hormonales (HR+) [es decir, positiva a los receptores de estrógenos (ER+) o positiva a los receptores de progesterona (PR+)] O 2) el cáncer de seno se considera inflamatorio. La enfermedad es negativa a HER2. Uno de los siguientes: La paciente es una mujer posmenopáusica o una mujer premenopáusica tratada con extirpación quirúrgica o supresión ovárica, o el paciente es hombre. Uno de los siguientes: A) Los dos siguientes: a) uno de los siguientes: 1) La

	enfermedad avanzó durante o dentro de los 12 meses del tratamiento con un inhibidor de la aromatasa no esteroideo [p. ej., Arimidex (anastrozole), Femara (letrozole)] o 2) el paciente fue tratado con tamoxifen en cualquier momento Y b) el medicamento se usa en combinación con Aromasin (exemestane) O B) se usa en combinación con Fulvestrant o Tamoxifen.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Todos los usos: Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

EVEROLIMUS SOLUCIÓN

Productos Afectados

- Everolimus TAB. SOLUBLE

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Tumores Neuroendocrinos (NET): Uno de los siguientes: 1) Los dos siguientes: a) Diagnóstico de tumores neuroendocrinos de origen gastrointestinal, de origen pulmonar o de origen tímico y b) la enfermedad es irresecable, localmente avanzada o metastásica, O 2) diagnóstico de tumores neuroendocrinos de origen pancreático, O 3) Todo lo siguiente: a) Diagnóstico de tumor neuroendocrino de grado 3 bien diferenciado, b) la enfermedad es irresecable, localmente avanzada o metastásica, y c) el tumor tiene una biología favorable (p. ej., Ki-67 relativamente bajo [menos del 55 %], crecimiento lento, estudios por imágenes positivos mediante tomografía por emisión de positrones [PET] según los receptores de somatostatina [SSTR]). Cáncer de riñón/Carcinoma de células renales: Diagnóstico de cáncer de riñón/cáncer de células renales. La enfermedad es una de las siguientes: (1) recidivante o (2) enfermedad en etapa IV. Angiomiolipoma renal con complejo de esclerosis tuberosa (TSC): Diagnóstico de angiomiolipoma renal y TSC. Astrocitoma Subependimario de Células Gigantes (SEGA) con esclerosis tuberosa (TS): Diagnóstico de SEGA relacionado con TS. Cáncer de seno: Diagnóstico de cáncer de seno recurrente o metastásico. Uno de los siguientes: 1) La enfermedad es positiva a los receptores hormonales (HR+) [es decir, positiva a los receptores de estrógenos (ER+) o positiva a los receptores de progesterona (PR+)] O 2) el cáncer de seno se considera inflamatorio. La enfermedad es negativa a HER2. Uno de los siguientes: La paciente es una mujer posmenopáusica o una mujer premenopáusica tratada con extirpación quirúrgica o supresión ovárica, o el paciente es hombre. Uno de los siguientes: A) Los dos siguientes: a) uno de los siguientes: 1) La enfermedad avanzó durante o dentro de los 12 meses del tratamiento con un inhibidor de la aromatasa no esteroideo [p. ej., Arimidex

	(anastrozole), Femara (letrozole)] o 2) el paciente fue tratado con tamoxifen en cualquier momento Y b) el medicamento se usa en combinación con Aromasin (exemestane) O B) se usa en combinación con Fulvestrant o Tamoxifen.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Convulsiones de inicio parcial relacionadas con el TSC: Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial relacionadas con el TSC. Se usa como tratamiento complementario. Todos los usos: Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

FASENRA

Productos Afectados

- Fasenra
- Fasenra Pen

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

FILSPARI (I)

Productos Afectados

- Filspari

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

FINTEPLA

Productos Afectados

- Fintepla

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Uno de los siguientes: 1) Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet, O 2) diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

FLECTOR (I)

Productos Afectados

- Flector

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

FLUCYTOSINE

Productos Afectados

- Flucytosine CÁP. 250mg, 500mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: a) endocarditis candidiásica, b) candidiasis, c) candidiasis de zona urogenital, d) endoftalmitis por Candida, e) candidiasis del sistema nervioso central, f) criptococosis, g) meningitis criptocócica - infección por VIH, h) infección por VIH - criptococosis pulmonar, i) peritonitis asociada a diálisis peritoneal, micótica. Se usa en combinación con amphotericin B.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	6 semanas
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

FOTIVDA

Productos Afectados

- Fotivda

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de carcinoma de células renales avanzado. La enfermedad es una de las siguientes: recidivante o resistente al tratamiento. El paciente recibió al menos dos o más tratamientos sistémicos previos (p. ej., quimioterapia).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

FRUZAQLA

Productos Afectados

- Fruzaqla

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer colorrectal. La enfermedad es una de las siguientes: Avanzada o metastásica. El paciente ha sido tratado previamente con todos los siguientes: A) Quimioterapia a base de fluoropyrimidine (p. ej., capecitabine, 5-FU), B) quimioterapia a base de oxaliplatin (p. ej., CAPEOX, FOLFOX), C) quimioterapia a base de irinotecan (p. ej., FOLFIRI, FOLFIRINOX) y D) terapia biológica anti-VEGF (p. ej., aflibercept, bevacizumab, ramucirumab). Uno de los siguientes: A) El paciente tiene tumores con mutación de RAS, o B) los dos siguientes: a) El paciente tiene tumores con RAS natural Y b) el paciente ha sido tratado previamente con una terapia biológica anti-EGFR (p. ej., panitumumab, cetuximab)
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

GAVRETO

Productos Afectados

- Gavreto

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC. La enfermedad es una de las siguientes: recurrente, avanzada o metastásica. Presencia de tumores positivos para la fusión de genes con RET (reordenación durante la transfección) o positivos para reordenación RET. Cáncer de tiroides: Diagnóstico de cáncer de tiroides. La enfermedad es una de las siguientes: avanzada o metastásica. La enfermedad es positiva para la fusión de genes de reordenación durante la transfección (RET). La enfermedad requiere tratamiento con terapia sistémica. Uno de los siguientes: el paciente es resistente a la terapia con iodo radioactivo o la terapia con iodo radioactivo no es apropiada.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

GILOTRIF

Productos Afectados

- Gilotrif

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC metastásico. Uno de los siguientes: 1) Los tumores tienen mutaciones no resistentes del receptor de factor de crecimiento epidérmico (EGFR) según lo detectado en un examen aprobado por la FDA O 2) la enfermedad escamosa ha avanzado después de una quimioterapia anterior a base de platino (p. ej., cisplatin, carboplatin) O 3) los tumores dan positivo para una mutación sensibilizante conocida del EGFR (p. ej., inserciones en el exón 20 en el marco de lectura, mutación G719 en el exón 18, mutación L861Q en el exón 21).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

GOMEKLI

Productos Afectados

- Gomekli

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de neurofibromatosis tipo 1. El paciente tiene neurofibromas plexiformes que cumplen las dos características siguientes: sintomáticos y que no se pueden extirpar por completo.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

HORMONAS DE CRECIMIENTO

Productos Afectados

- Genotropin
- Genotropin Miniquick

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

HAEGARDA

Productos Afectados

- Haegarda

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

HERNEXEOS

Productos Afectados

- Hernexeos

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC). La enfermedad es una de las siguientes: a) irresecable, b) metastásica, c) recurrente o d) avanzada. Presencia de mutaciones activadoras en el dominio de tirosina cinasa de HER2 (ERBB2).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

HYRNUO

Productos Afectados

- Hyrnuo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC). La enfermedad es una de las siguientes: avanzada, metastásica, recurrente o irresecable. Presencia de mutaciones activadoras en el dominio de tirosina cinasa de HER2 (ERBB2). El paciente recibió un tratamiento sistémico previo (p. ej., quimioterapia).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

IBRANCE

Productos Afectados

- Ibrance CÁP. 125mg
- Ibrance TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de seno: Diagnóstico de cáncer de seno.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

IBTROZI

Productos Afectados

- Ibtrozi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC). La enfermedad es una de las siguientes: Avanzada o metastásica. El tumor es positivo a ROS1.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ICATIBANT

Productos Afectados

- Icatibant Acetate

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ICLUSIG

Productos Afectados

- Iclusig

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Leucemia Mielógena/Mieloide Crónica (CML): Diagnóstico de leucemia mielógena/mieloide crónica (CML). Uno de los siguientes: a) Los dos siguientes: La enfermedad está en la fase crónica Y hay resistencia o intolerancia a dos o más inhibidores de la tirosina cinasa (TKI) alternativos [p. ej., Bosulif (bosutinib), imatinib, Sprycel (dasatinib), Tasigna (nilotinib)], b) documentación confirmada de mutación de T315I, o c) Los dos siguientes: La enfermedad está en la fase acelerada o blástica Y no se indican otros inhibidores de cinasas. Leucemia Linfoblástica Aguda: Diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ALL).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

IDHIFA

Productos Afectados

- Idhifa

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Leucemia Mieloide Aguda (AML): Diagnóstico de AML. La AML es positiva a la mutación de isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2). Uno de los siguientes: A) La enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento, B) el paciente no es candidato para la terapia de inducción intensiva o se rehúsa a recibirla, C) se usa para la terapia después de la inducción luego de una respuesta a una terapia de inducción de baja intensidad, o D) se usa para la terapia de consolidación como continuación del régimen de baja intensidad usado para la inducción.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

IMBRUVICA

Productos Afectados

- Imbruvica CÁP.
- Imbruvica SUSP.
- Imbruvica TAB. 140mg, 280mg, 420mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Leucemia Linfocítica Crónica (CLL)/Linfoma Linfocítico de Células Pequeñas (SLL): Diagnóstico de CLL o SLL. Macroglobulinemia de Waldenström (WM)/Linfoma Linfoplasmocítico (LPL): Diagnóstico de WM/LPL. Enfermedad del Injerto contra el Anfitrión crónica (cGVHD): Diagnóstico de cGVHD Y prueba de al menos otro tratamiento sistémico (p. ej., corticoesteroides, como prednisone o methylprednisolone, mycophenolate, etc.).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

IMKELDI

Productos Afectados

- Imkeldi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Leucemia Mielógena/Mieloide Crónica (CML): Diagnóstico de CML. Leucemia Linfoblástica Aguda (ALL): Diagnóstico de ALL con cromosoma Filadelfia positivo o BCR ABL positivo (Ph+/BCR ABL+). Enfermedad Mielodisplásica/Mieloproliferativa (MDS/MPD): Diagnóstico de MDS/MPD. Uno de los siguientes: 1) La enfermedad está asociada con translocaciones en 5q32, 2) la enfermedad está asociada con reordenaciones génicas de los receptores del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFR) o 3) la enfermedad está asociada con translocación en (5:12) asociada con el gen de fusión ETV6-PDGFRbeta. Mastocitosis Sistémica Agresiva (ASM): Diagnóstico de ASM. Uno de los siguientes: a) El paciente no tiene la mutación c-Kit D816V, b) se desconoce la situación frente a la mutación c-Kit, c) mastocitosis sistémica bien diferenciada (WDSM) o d) presenta eosinofilia con el gen de fusión FIP1L1-PDGFRA. Síndrome Hipereosinofílico (HES) o Leucemia Eosinofílica Crónica (CEL): Diagnóstico de al menos una de las siguientes enfermedades: HES o CEL. Dermatofibrosarcoma Protuberante (DFSP): Diagnóstico de DFSP metastásico, recurrente o irresecable. Tumores Estromales Gastrointestinales (GIST): Diagnóstico de GIST.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C

Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

INBRIJA

Productos Afectados

- Inbrija

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

INGREZZA

Productos Afectados

- Ingrezza

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Discinesia tardía: Diagnóstico de discinesia tardía. Uno de los siguientes: a) el paciente tiene síntomas persistentes de discinesia tardía a pesar de haber probado una reducción de la dosis, disminución gradual o interrupción del medicamento causal O b) el paciente no es candidato para probar una reducción de la dosis, disminución gradual o interrupción del medicamento causal. Corea asociada con la enfermedad de Huntington: Diagnóstico de corea en pacientes con enfermedad de Huntington.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Discinesia tardía: Recetado por un neurólogo o un psiquiatra, o en consulta con uno de estos. Corea asociada con la enfermedad de Huntington: Recetado por un neurólogo, o en consulta con uno.
Duración de la Cobertura	Todas las indicaciones: Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

INLURIYO

Productos Afectados

- Inluriyo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de seno. El cáncer de seno es todo lo siguiente: a) Positivo a los receptores de estrógenos (ER+), b) negativo a los receptores de factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2-), y c) con mutación de los receptores de estrógeno 1 (ESR1). La enfermedad está avanzada o es metastásica. El avance de la enfermedad se produjo después de al menos una línea de terapia endocrina (p. ej., fulvestrant, anastrozole, letrozole, exemestane).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

INLYTA

Productos Afectados

- Inlyta

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Carcinoma de células renales avanzado: Diagnóstico de cáncer de células renales. Uno de los siguientes: (1) diagnóstico de enfermedad en etapa IV o (2) las dos condiciones siguientes: a) La enfermedad está avanzada y b) uno de los siguientes: i) Fracaso de un tratamiento sistémico previo (p. ej., quimioterapia) o ii) Inlyta se usará en combinación con Bavencio (avelumab) o Keytruda (pembrolizumab).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

INQOVI

Productos Afectados

- Inqovi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

INREBIC

Productos Afectados

- Inrebic

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Mielofibrosis: Los dos siguientes: A) Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: mielofibrosis primaria, mielofibrosis después de policitemia vera o mielofibrosis después de trombocitopenia esencial, Y B) la enfermedad es de riesgo intermedio 2 o de alto riesgo.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

FACTOR DE CRECIMIENTO INSULINOIDE

Productos Afectados

- Increlex

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Deficiencia del IGF-1 (inicial): Diagnóstico de deficiencia primaria grave del IGF-1. Puntuación de desviación estándar de la talla de -3.0 o menos. Puntuación de desviación estándar del IGF-1 basal de -3.0 o menos. Hormona de crecimiento (GH) normal o elevada. Deleción del gen de la GH (inicial): Diagnóstico de deleción del gen de la hormona de crecimiento en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la GH.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Todos los usos (inicial): Recetado por un endocrinólogo, o en consulta con uno.
Duración de la Cobertura	Todos los usos (inicial, reautorización): año del plan
Otros Criterios	Todos los usos (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento. Los dos siguientes: 1) No se obtiene la talla de adulto prevista y 2) hay documentación de la meta de talla de adulto prevista.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

IRESSA

Productos Afectados

- Gefitinib

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC). La enfermedad es una de las siguientes: a) avanzada, b) recurrente o c) metastásica. Uno de los siguientes: a) los tumores dan positivo para deleciones del exón 19 del receptor de factor de crecimiento epidérmico (EGFR), b) los tumores dan positivo para mutaciones de sustitución del exón 21 del EGFR (L858R) o c) los tumores dan positivo para una mutación sensibilizante conocida del EGFR (p. ej., S7671, L861Q, G719X).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ISOTRETINOIN

Productos Afectados

- Accutane CÁP. 10mg, 20mg, 40mg
- Amnesteem
- Claravis
- Isotretinoin CÁP.
- Zenatane

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Inicial: Diagnóstico de acné nodular recalcitrante grave que no responde al tratamiento convencional O diagnóstico de acné resistente al tratamiento. Prueba (de al menos 6 semanas) o contraindicación de, o intolerancia a, dos de los siguientes regímenes de tratamiento convencionales: a) un agente retinoide tópico o similar a un retinoide [p. ej., Retin-A/Retin-A Micro (tretinoin)], b) un antibiótico oral [p. ej., Ery-Tab (erythromycin), Minocin (minocycline)], c) un antibiótico tópico con o sin benzoyl peroxide [p. ej., Cleocin-T (clindamycin), erythromycin, BenzaClin (benzoyl peroxide/clindamycin), Benzamycin (benzoyl peroxide/erythromycin)].
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Inicial: 6 meses. Reautorización: Retratamiento - 6 meses
Otros Criterios	Retratamiento (reautorización): Después de 2 meses o más sin tratamiento, aún está presente el acné nodular recalcitrante grave persistente o recurrente.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ITOVEBI

Productos Afectados

- Itovebi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de seno. La enfermedad es una de las siguientes: a) Localmente avanzada o b) metastásica. La enfermedad es todo lo siguiente: a) tiene la mutación PIK3CA, b) es positiva a los receptores hormonales (HR) y c) es negativa al receptor de factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2). Se usa después de una recidiva durante o después de terminar el tratamiento endocrino complementario (p. ej., Zoladex [goserelin], Arimidex [anastrozole], Nolvadex [tamoxifen]). Se usa en combinación con los dos siguientes: a) Ibrance (Palbociclib), y b) Fulvestrant.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ITRACONAZOLE (CÁPSULAS)

Productos Afectados

- Itraconazole CÁP.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Micosis sistémicas: Diagnóstico de blastomicosis, histoplasmosis o aspergilosis. Onicomicosis: Diagnóstico de onicomicosis de las uñas de las manos o de los pies confirmado mediante uno de los siguientes: Prueba de KOH, cultivo de hongos o biopsia de uña.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Micosis sistémicas: año del plan. Onicomicosis: (Uña de la mano) 2 meses. (Uña de los pies) 3 meses.
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

IVERMECTIN TABLETAS

Productos Afectados

- Ivermectin TAB. 3mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cualquier indicación médicamente aceptada [p.ej., oncocercosis por parásitos nematodos, pediculosis, estrongiloidiasis, ascariasis, sarna (incluida la sarna con costra), larva migrans cutánea (anquilostomiasis), enterobiasis, filariasis, tricuriasis o gnatostomiasis].
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	1 mes
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

IVIG (MEDICAMENTO PREFERIDO)

Productos Afectados

- Gamunex-c INY. 1g/10ml
- Octagam INY. 1g/20ml, 2g/20ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

IWILFIN

Productos Afectados

- Iwilfin

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de neuroblastoma de alto riesgo (HRNB). El paciente ha presentado al menos una respuesta parcial a una terapia previa multimodal con múltiples agentes. La terapia anterior incluía inmunoterapia anti-GD2 (p. ej., Danyelza [naxitamab-gqgk], Unituxin [dinutuximab]).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

JAKAFI

Productos Afectados

- Jakafi
- Jakafi Xr

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Mielofibrosis: Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: Mielofibrosis primaria, mielofibrosis después de policitemia vera o mielofibrosis después de trombocitopenia esencial. Policitemia vera: Diagnóstico de policitemia vera. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, uno de los siguientes: tratamiento con hydroxyurea o interferon (p. ej., Pegasys). Enfermedad del injerto contra el anfitrión (GVHD): Uno de los siguientes: A) Diagnóstico de GVHD aguda Y la enfermedad es resistente a los esteroides, o B) diagnóstico de GVHD crónica Y prueba de al menos una o más líneas previas de tratamiento sistémico (p. ej., corticoesteroides, mycophenolate).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	6 meses
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

JAYPIRCA

Productos Afectados

- Jaypirca

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Linfoma de Células del Manto (MCL): Diagnóstico de MCL. La enfermedad es una de las siguientes: a) recidivante o b) resistente al tratamiento. El paciente recibió al menos dos tratamientos sistémicos previos [p. ej., quimioterapia] para la MCL, uno de los cuales es un tratamiento con un inhibidor de la Tirosina Cinasa de Bruton (BTK) [p. ej., Calquence (acalabrutinib), Imbruvica (ibrutinib)]. Leucemia Linfocítica Crónica (CLL)/Linfoma Linfocítico de Células Pequeñas (SLL): Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: a) CLL o b) SLL. La enfermedad es una de las siguientes: a) Recidivante o b) resistente al tratamiento. El paciente fue tratado anteriormente con un inhibidor covalente de la BTK [p. ej., Calquence (acalabrutinib), Imbruvica (ibrutinib)].
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

JIDEYTRO

Productos Afectados

- Jideytro

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

JYNARQUE

Productos Afectados

- Tolvaptan TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

KALYDECO

Productos Afectados

- Kalydeco

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

KERENDIA (SGLT2)

Productos Afectados

- Kerendia

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

KINERET

Productos Afectados

- Kineret

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

KISQALI

Productos Afectados

- Kisqali

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

KOMZIFTI

Productos Afectados

- Komzifti

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML). La enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento. Positiva para la mutación de nucleofosmina 1 (NPM1).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

KORLYM

Productos Afectados

- Mifepristone TAB. 300mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Inicial: Diagnóstico de síndrome de Cushing endógeno (es decir, el hipercortisolismo no es el resultado de la administración crónica de una dosis alta de glucocorticoides). Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o diagnóstico de intolerancia a la glucosa. El paciente se sometió a una cirugía que no tuvo éxito o el paciente no es candidato para la cirugía. Si es mujer, la paciente no está embarazada.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Inicial, reautorización: 6 meses
Otros Criterios	Reautorización: Documentación de algo de lo siguiente: el paciente presenta una mejoría en la tolerancia a la glucosa durante el tratamiento o el paciente tiene una tolerancia estable a la glucosa durante el tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

KOSELUGO

Productos Afectados

- Koselugo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Neurofibromatosis tipo 1 (NF1): Diagnóstico de NF1. El paciente tiene neurofibromas plexiformes que cumplen las dos características siguientes: son inoperables y causan morbilidad significativa (p. ej., desfiguración, disfunción motora, dolor, disfunción de las vías respiratorias, limitaciones visuales, disfunción vesical/intestinal).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

KRAZATI

Productos Afectados

- Krazati

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC. Presencia de mutación KRAS G12C. La enfermedad es recurrente, está avanzada o es metastásica. El paciente recibió al menos un tratamiento sistémico previo (p. ej., quimioterapia). Cáncer Colorrectal (CRC): Diagnóstico de CRC. Presencia de mutación KRAS G12C. La enfermedad es recurrente, está avanzada o es metastásica. El paciente recibió al menos un tratamiento sistémico previo (p. ej., quimioterapia).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LAPATINIB

Productos Afectados

- Lapatinib Ditosylate

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Todo lo siguiente: A) Diagnóstico de cáncer de seno, B) la enfermedad es positiva a los receptores de factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2+), Y C) uno de los siguientes: i) Todo lo siguiente: a) La enfermedad es cáncer de seno recurrente e irresecable (local o regional) o en etapa IV, b) la enfermedad es positiva a los receptores hormonales (HR+) y c) se usa en combinación con un inhibidor de la aromatasa [p. ej., Aromasin (exemestane), Femara (letrozole), Arimedex (anastrozole)], O ii) los dos siguientes: a) Uno de los siguientes: i) La enfermedad es cáncer de seno recurrente e irresecable (local o regional) o en etapa IV, o ii) el cáncer de seno no respondió al tratamiento sistémico preoperatorio (es decir, quimioterapia), y b) se usa como tratamiento de cuarta línea y más en combinación con trastuzumab o Xeloda (capecitabine).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LAZCLUZE

Productos Afectados

- Lazcluze

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC). La enfermedad es una de las siguientes: a) recurrente, b) avanzada o c) metastásica. La enfermedad es positiva para una de las siguientes: a) Deleción del exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) O b) mutación L858R del exón 21 del EGFR. Se usa en combinación con Rybrevant (amivantamab-vmjw).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LENALIDOMIDE

Productos Afectados

- Lenalidomide

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

LENVIMA

Productos Afectados

- Lenvima 10mg Daily Dose
- Lenvima 12mg Daily Dose
- Lenvima 14mg Daily Dose
- Lenvima 18mg Daily Dose
- Lenvima 20mg Daily Dose
- Lenvima 24mg Daily Dose
- Lenvima 4mg Daily Dose
- Lenvima 8mg Daily Dose

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de tiroides diferenciado (DTC): Diagnóstico de DTC. Carcinoma de células renales: Diagnóstico de carcinoma de células renales. Carcinoma Hepatocelular (HCC): Diagnóstico de Carcinoma Hepatocelular o carcinoma de células hepáticas. Carcinoma de endometrio: Diagnóstico de carcinoma de endometrio.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LEQEMBI IQLIK

Productos Afectados

- Leqembi Iqlik

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

LEUKINE (I)

Productos Afectados

- Leukine INY. 250mcg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

LEUPROLIDE ACETATE

Productos Afectados

- Leuprolide Acetate INY. 1mg/0.2ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de próstata: Tratamiento del cáncer de próstata avanzado.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Cáncer de próstata: año del plan
Otros Criterios	Cáncer de próstata: Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LIDOCAINE PARCHE

Productos Afectados

- Lidocaine PARCHE 5%

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Neuralgia posherpética: Diagnóstico de neuralgia posherpética.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LIFYORLI

Productos Afectados

- Lifyorli

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer epitelial de ovario, cáncer de trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario. La enfermedad es resistente al platino. Se usa en combinación con nab-paclitaxel. El paciente ha recibido un régimen de tratamiento sistémico previo que contenía bevacizumab. El paciente no ha recibido más de tres regímenes de tratamiento sistémico previos.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LIVTENCITY

Productos Afectados

- Livtencity

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad/infección por citomegalovirus (CMV). El paciente es receptor de uno de los siguientes: a) Trasplante de células madres hematopoyéticas O b) trasplante de órganos sólidos. Prueba de un mínimo de 2 semanas de duración, contraindicación de, o intolerancia a, una de las siguientes terapias a una dosis debidamente indicada: a) ganciclovir intravenoso (IV), b) valganciclovir oral, c) foscarnet IV O d) cidofovir IV. El paciente pesa 35kg o más.
Restricciones de Edad	Paciente de 12 años en adelante.
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Recetado por un proveedor que se especializa en una de las siguientes áreas, o en consulta con uno de estos: trasplante, oncología o enfermedades infecciosas.
Duración de la Cobertura	8 semanas
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LONSURF

Productos Afectados

- Lonsurf

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer Colorrectal (CRC): Diagnóstico de CRC avanzado o metastásico. Prueba del, contraindicación del, o intolerancia al, tratamiento con todos los siguientes: quimioterapia a base de fluoropyrimidine, quimioterapia a base de oxaliplatin, quimioterapia a base de irinotecan y terapia biológica anti-VEGF (p. ej., bevacizumab). Uno de los siguientes: a) el tumor tiene el tipo de mutación RAS o b) el tumor tiene el tipo de mutación RAS natural y prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, una terapia anti-EGFR (p. ej., Vectibix [panitumumab], Erbitux [cetuximab]). Adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica: Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: a) cáncer gástrico metastásico, recurrente o irresecable localmente avanzado, o b) adenocarcinoma de la unión gastroesofágica metastásico, recurrente o irresecable localmente avanzado. Prueba del, contraindicación del, o intolerancia al, tratamiento con al menos dos líneas previas de quimioterapia que consistieron de los siguientes agentes: fluoropyrimidine (p. ej., fluorouracil), platino (p. ej., carboplatin, cisplatin, oxaliplatin), taxano (p. ej., docetaxel, paclitaxel) o irinotecan, tratamiento dirigido a HER2/neu (p. ej., trastuzumab) (si hay sobreexpresión de HER2).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C

Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LORBRENA

Productos Afectados

- Lorbrena

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC. Uno de los siguientes: A) La enfermedad está avanzada, es metastásica o recurrente y tiene el gen cinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivo O B) los dos siguientes: 1) La enfermedad cumple las dos condiciones siguientes: i) está avanzada, es metastásica o recurrente y ii) tiene el protooncogen ROS 1 (ROS1) positivo Y 2) la enfermedad ha avanzado con al menos uno de los siguientes tratamientos: Augtyro (repotrectinib), Xalkori (crizotinib), Rozlytrek (entrectinib), o Zykadia (ceritinib).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LUMAKRAS

Productos Afectados

- Lumakras

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC. La enfermedad es una de las siguientes: a) recurrente, b) avanzada o c) metastásica. El tumor tiene la mutación KRAS G12C. El paciente recibió al menos un tratamiento sistémico previo (p. ej., inhibidor de puntos de control inmunitario, quimioterapia a base de platino). Cáncer Colorrectal Metastásico (mCRC): Diagnóstico de mCRC. El tumor tiene la mutación KRAS G12C. El paciente recibió al menos un tratamiento sistémico previo (p. ej., inhibidor de puntos de control inmunitario, quimioterapia a base de platino).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LUMRYZ

Productos Afectados

- Lumryz
- Lumryz Starter Pack

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

LUPRON DEPOT

Productos Afectados

- Lupron Depot (1 mes)
- Lupron Depot (3 meses)
- Lupron Depot (4 meses)
- Lupron Depot (6 meses)

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

LYNKUET

Productos Afectados

- Lynkuet

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Inicial: Diagnóstico de síntomas vasomotores moderados a graves debido a la menopausia. El profesional que receta certifica que los niveles basales de alanina aminotransferasa (ALT) sérica, aspartato aminotransferasa (AST) sérica y bilirrubina total son inferiores a 2 veces el límite superior de lo normal (ULN) antes de iniciar el tratamiento con Lynkuet.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Inicial: 6 meses. Reautorización: Año del plan.
Otros Criterios	Reautorización: El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento. El proveedor certifica que se supervisarán de cerca los análisis de función hepática del paciente para detectar cualquier anomalía a lo largo del tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LYNPARZA (TABLETAS)

Productos Afectados

- Lynparza TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de seno en etapa inicial de alto riesgo: Diagnóstico de cáncer de seno en etapa inicial de alto riesgo. Presencia de mutaciones de BRCA en la línea germinal nocivas o presuntamente nocivas. La enfermedad es negativa a los receptores de factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2). Uno de los siguientes: a) La enfermedad es negativa a los receptores hormonales (HR) O b) los dos siguientes: i) la enfermedad es positiva a HR Y ii) la paciente continúa con el tratamiento endocrino simultáneo. La paciente fue tratada anteriormente con quimioterapia neocomplementaria o complementaria (p. ej., anthracycline, taxano). Cáncer de seno metastásico o recurrente: Diagnóstico de cáncer de seno. La enfermedad es metastásica o recurrente. Presencia de mutaciones de BRCA en la línea germinal nocivas o presuntamente nocivas. La enfermedad es negativa a los receptores de factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2). Uno de los siguientes: a) La enfermedad es negativa a los receptores hormonales (HR) o b) la enfermedad es positiva a los receptores hormonales (HR) y uno de los siguientes casos: i) la enfermedad ha avanzado con un tratamiento endocrino anterior o ii) el proveedor certifica que el tratamiento endocrino es inapropiado para la enfermedad de la paciente. Adenocarcinoma de páncreas: Diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas. La enfermedad es metastásica. Presencia de mutaciones de BRCA en la línea germinal nocivas o presuntamente nocivas. La enfermedad no ha avanzado mientras se recibieron al menos 16 semanas de un régimen de quimioterapia a base de platino de primera línea (p. ej., FOLFIRINOX, FOLFOX, etc.).
Restricciones de Edad	N/C

Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Cáncer de ovario (tratamiento de mantenimiento): Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: cáncer epitelial de ovario, cáncer de trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario. La enfermedad es una de las siguientes: avanzada o recurrente. Uno de los siguientes: 1) El paciente ha presentado una respuesta completa o parcial a la quimioterapia a base de platino (p. ej., carboplatin, cisplatin), o 2) Los dos siguientes: a) el paciente ha presentado una respuesta completa o parcial a la quimioterapia a base de platino de primera línea (p. ej., carboplatin, cisplatin) Y b) uno de los siguientes: i) presencia de mutaciones de BRCA somáticas o en la línea germinal nocivas o presuntamente nocivas O ii) los dos siguientes: el cáncer está asociado con el estado positivo de deficiencia de recombinación homóloga (HRD), definido ya sea por una mutación de BRCA nociva o presuntamente nociva o inestabilidad genómica Y se usa en combinación con bevacizumab (p. ej., Avastin, Myvasi). Se usará como tratamiento de mantenimiento. Cáncer de próstata: Diagnóstico de cáncer de próstata metastásico resistente a la castración. Uno de los siguientes: 1) Los dos siguientes: a) Presencia de mutaciones génicas de reparación de recombinación homóloga (HRR) nocivas o presuntamente nocivas y b) la enfermedad ha avanzado después del tratamiento previo con uno de los siguientes: i) enzalutamide (Xtandi), o ii) abiraterone (p. ej., Zytiga, Yonsa) O 2) todo lo siguiente: a) Presencia de mutación de BRCA nociva o presuntamente nociva, b) se usa en combinación con abiraterone (p. ej., Zytiga, Yonsa), y c) se usa en combinación con prednisone o prednisolone. Uno de los siguientes: 1) Se usa en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) [p. ej., Lupron (leuprolide), Zoladex (goserelin), Trelstar (triptorelin), Vantas (histrelin), Firmagon (degarelix)] o 2) el paciente se sometió a una orquiectomía bilateral. Todas las indicaciones: Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

LYTGOBI

Productos Afectados

- Lytgobi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de colangiocarcinoma (intrahepático o extrahepático). La enfermedad es una de las siguientes: a) irresecable, b) localmente avanzada, c) residual macroscópica resecada (R2) o d) metastásica. La enfermedad es positiva a los receptores 2 de factores de crecimiento de fibroblastos (FGFR2) u otras reordenaciones. Se usa como tratamiento subsiguiente o de segunda línea.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

MAVYRET

Productos Afectados

- Mavyret

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Se aplicarán criterios acordes con las pautas vigentes de AASLD/IDSA. Todos los pacientes: 1) Uno de los siguientes: a) Diagnóstico de hepatitis C, o b) el paciente no estaba infectado por el virus de la hepatitis C antes de recibir un trasplante de órgano, y el paciente recibió un trasplante de hígado o de otro órgano de un donante con diagnóstico de hepatitis C, 2) el paciente está sin enfermedad hepática descompensada (definida como Child-Pugh clase B o C), y 3) no se usa en combinación con otro agente antiviral de acción directa contra el HCV [p. ej., Harvoni, Zepatier].
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	De 8 a 16 semanas. Se aplicarán criterios acordes con las pautas vigentes de AASLD/IDSA.
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

MEKINIST

Productos Afectados

- Mekinist

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Melanoma: Diagnóstico de melanoma irresecable o metastásico Y el cáncer tiene el tipo de mutación BRAF V600. Tratamiento complementario del melanoma: Diagnóstico de melanoma. El cáncer tiene el tipo de mutación BRAF V600E o V600K. Compromiso de ganglios linfáticos después de una resección completa. Se usa como tratamiento complementario. El medicamento se usa en combinación con Tafinlar (dabrafenib). Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas (NSCLC): Todo lo siguiente: diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas Y la enfermedad es una de las siguientes: metastásica, avanzada o recurrente Y el cáncer tiene el tipo de mutación BRAF V600E Y el medicamento se usa en combinación con Tafinlar (dabrafenib). Cáncer de Tiroides Anaplásico (ATC): Diagnóstico de ATC. Uno de los siguientes: 1) La enfermedad es una de las siguientes: metastásica, localmente avanzada o irresecable, O 2) el medicamento se receta como tratamiento complementario después de una resección. El cáncer tiene el tipo de mutación BRAF V600E. El medicamento se usa en combinación con Tafinlar (dabrafenib). Tumores sólidos: Presencia de tumor sólido. La enfermedad es irresecable o metastásica. El paciente ha evolucionado durante o después del tratamiento sistémico (p. ej., carboplatin, 5-fluorouracil, paclitaxel). El cáncer tiene el tipo de mutación BRAF V600E. El medicamento se usa en combinación con Tafinlar (dabrafenib). Glioma de escasa malignidad: Diagnóstico de glioma de escasa malignidad. El cáncer tiene el tipo de mutación BRAF V600E. El medicamento se usa en combinación con Tafinlar (dabrafenib).
Restricciones de Edad	N/C

Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

MEKTOVI

Productos Afectados

- Mektovi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Melanoma: Diagnóstico de melanoma metastásico o melanoma irresecable. El paciente resulta positivo a la mutación BRAF V600. Se usa en combinación con Braftovi (encorafenib). Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC. La enfermedad es una de las siguientes: recurrente, avanzada o metastásica. El paciente resulta positivo a la mutación BRAF V600. Se usa en combinación con Braftovi (encorafenib).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

MEMANTINE - DONEPEZIL/MEMANTINE

Productos Afectados

- Memantine/donepezil Hydrochloride Er

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Paciente de 41 años en adelante, o diagnóstico de demencia de tipo alzhéimer de moderada a grave.
Restricciones de Edad	No se requiere preautorización si el paciente tiene 41 años en adelante.
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

MEMANTINE - MEMANTINE

Productos Afectados

- Memantine Hydrochloride SOL. 2mg/ml
- Memantine Hydrochloride TAB.
- Memantine Hydrochloride Er

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Paciente de 41 años en adelante, o diagnóstico de demencia de tipo alzhéimer de moderada a grave.
Restricciones de Edad	No se requiere preautorización si el paciente tiene 41 años en adelante.
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

METYROSINE

Productos Afectados

- Metyrosine

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de feocromocitoma para la preparación preoperatoria de los pacientes para la cirugía, el manejo de los pacientes cuando la cirugía está contraindicada o el tratamiento crónico de pacientes con feocromocitoma maligno.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Recetado por un endocrinólogo, o en consulta con uno.
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

MIGLUSTAT

Productos Afectados

- Miglustat
- Yargesa

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

MODAFINIL

Productos Afectados

- Modafinil TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

MODEYSO

Productos Afectados

- Modeyso

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: Glioma difuso de la línea media o glioma de gran malignidad. La enfermedad es positiva para la mutación H3 K27M. La enfermedad es una de las siguientes: recurrente o progresiva.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

MOUNJARO

Productos Afectados

- Mounjaro

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	Está excluido si se usa únicamente para la pérdida de peso.
Información Médica Requerida	Diabetes Mellitus (DM): Presentación de registros médicos (p. ej., notas de historias clínicas) que confirmen el diagnóstico de DM tipo 2.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

MRESVIA

Productos Afectados

- Mresvia

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	La vacuna se usa para prevenir la enfermedad de las vías respiratorias inferiores (LRTD) causada por el virus sincitial respiratorio (RSV). El paciente no recibió una vacuna contra el RSV (es decir, Abrysvo, Arexvy, MRESVIA) durante su vida. Uno de los siguientes: a) Mayor de 60 años O b) las dos condiciones siguientes: 1) De 18 a 59 años, y 2) el paciente está en mayor riesgo de LRTD causada por RSV.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	6 meses
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

NAYZILAM

Productos Afectados

- Nayzilam

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Epilepsia: Diagnóstico de epilepsia. Ataques convulsivos frecuentes (p. ej., episodios de crisis epilépticas, convulsiones repetitivas agudas) que son diferentes del patrón de convulsiones habitual del paciente.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

NERLYNX

Productos Afectados

- Nerlynx

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

NINLARO

Productos Afectados

- Ninlaro

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Mieloma múltiple: Diagnóstico de mieloma múltiple.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

NINTEDANIB

Productos Afectados

- Nintedanib Esylate

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

NUBEQA

Productos Afectados

- Nubeqa

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de próstata no metastásico resistente a la castración o recurrente después de la castración (NM-CRPC): Diagnóstico de cáncer de próstata no metastásico resistente a la castración (química o quirúrgica) o recurrente después de la castración. Uno de los siguientes: 1) Se usa en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) (p. ej., Zoladex [goserelin], Vantas [histrelin], Lupron [leuprolide], Trelstar [triptorelin], Firmagon [degarelix]) O 2) el paciente recibió una orquiectomía bilateral. Cáncer de próstata metastásico sensible a la castración (mCSPC): Diagnóstico de mCSPC [también conocido como cáncer de próstata metastásico sensible a las hormonas (mHSPC)]. Uno de los siguientes: 1) Se usa en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) (p. ej., Zoladex [goserelin], Vantas [histrelin], Lupron [leuprolide], Trelstar [triptorelin], Firmagon [degarelix]) O 2) el paciente recibió una orquiectomía bilateral.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	NM-CRPC, mCSPC: Año del plan
Otros Criterios	NM-CRPC, mCSPC: Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

NUCALA

Productos Afectados

- Nucala

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

NUPLAZID

Productos Afectados

- Nuplazid CÁP.
- Nuplazid TAB. 10mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Psicosis en la enfermedad de Parkinson: Diagnóstico de enfermedad de Parkinson. El paciente tiene al menos uno de los siguientes: alucinaciones o delirios.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

NURTEC

Productos Afectados

- Nurtec

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

NUZYRA (I.V.)

Productos Afectados

- Nuzyra INY.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Pulmonía bacteriana adquirida en la comunidad (CABP): Diagnóstico de CABP causada por uno de los siguientes: Staphylococcus aureus sensible a la methicillin (MSSA), Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Haemophilus parainfluenzae, Klebsiella pneumoniae, Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae o Chlamydophila pneumoniae. Infección bacteriana aguda de la piel y de las estructuras cutáneas (ABSSSI): El paciente no puede tomar tabletas orales de Nuzyra Y uno de los siguientes: 1) Diagnóstico de ABSSSI causada por Staphylococcus aureus resistente a methicillin (MRSA) O tratamiento empírico de pacientes con ABSSSI en los que es probable la presencia de infección por MRSA. O 2) Diagnóstico de ABSSSI causada por uno de los siguientes: MSSA, Staphylococcus lugdunensis, Streptococcus pyogenes, Streptococcus grupo anginosus (incluye S. anginosus, S. intermedius, S. constellatus), Enterococcus faecalis, Enterobacter cloacae o Klebsiella pneumoniae.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	CABP, ABSSSI: 14 días

Otros Criterios	CABP: Aprobar para la continuación del tratamiento con Nuzyra en el momento del alta hospitalaria (a los pacientes que están saliendo del hospital se les permite continuar con el uso del medicamento y no se aplican otros requisitos de preautorización) cuando el paciente no puede tomar tabletas orales de Nuzyra. ABSSSI: Aprobar para la continuación del tratamiento con Nuzyra en el momento del alta hospitalaria (a los pacientes que están saliendo del hospital se les permite continuar con el uso del medicamento y no se aplican otros requisitos de preautorización).
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

NUZYRA (ORAL)

Productos Afectados

- Nuzyra TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Pulmonía bacteriana adquirida en la comunidad (CABP): Diagnóstico de CABP causada por uno de los siguientes: Staphylococcus aureus sensible a la methicillin (MSSA), Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Haemophilus parainfluenzae, Klebsiella pneumoniae, Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae o Chlamydophila pneumoniae. Infección bacteriana aguda de la piel y de las estructuras cutáneas (ABSSSI): Uno de los siguientes: 1) Diagnóstico de ABSSSI causada por Staphylococcus aureus resistente a methicillin (MRSA) O tratamiento empírico de pacientes con ABSSSI en los que es probable la presencia de infección por MRSA. O 2) Diagnóstico de ABSSSI causada por uno de los siguientes: MSSA, Staphylococcus lugdunensis, Streptococcus pyogenes, Streptococcus grupo anginosus (incluye S. anginosus, S. intermedius, S. constellatus), Enterococcus faecalis, Enterobacter cloacae o Klebsiella pneumoniae.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	CABP, ABSSSI: 14 días

Otros Criterios	CABP: Aprobar para la continuación del tratamiento con Nuzyra en el momento del alta hospitalaria (a los pacientes que están saliendo del hospital se les permite continuar con el uso del medicamento y no se aplican otros requisitos de preautorización). ABSSSI: Aprobar para la continuación del tratamiento con Nuzyra en el momento del alta hospitalaria o como continuación del tratamiento cuando se hace la transición de antibióticos intravenosos administrados en el hospital para la indicación solicitada (p. ej., daptomycin, vancomycin, linezolid) (a los pacientes que están saliendo del hospital o haciendo la transición de antibióticos intravenosos administrados en el hospital se les permite continuar con el uso del medicamento y no se aplican otros requisitos de preautorización).
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

OCTREOTIDE

Productos Afectados

- Octreotide Acetate INY. 1,000mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ODOMZO

Productos Afectados

- Odomzo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Carcinoma basocelular metastásico avanzado: Diagnóstico de carcinoma basocelular. La enfermedad está localmente avanzada. Uno de los siguientes: 1) Recidiva de la enfermedad después de la cirugía o radioterapia o 2) el paciente no es candidato para la cirugía ni para la radioterapia.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

OFEV (MARCA)

Productos Afectados

- Ofev

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

OGSIVEO

Productos Afectados

- Ogsiveo TAB. 100mg, 150mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumor desmoide. El paciente necesita tratamiento sistémico. La enfermedad es progresiva.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

OJEMDA

Productos Afectados

- Ojemda

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de glioma pediátrico de escasa malignidad. La enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento. Presencia de una fusión o reordenamiento de BRAF, o una mutación BRAF V600.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

OJJAARA

Productos Afectados

- Ojjaara

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Uno de los siguientes: A) Diagnóstico de mielofibrosis sintomática de menor riesgo, O B) los dos siguientes: 1) Diagnóstico de mielofibrosis de mayor riesgo Y 2) uno de los siguientes: i) Todo lo siguiente: a) El paciente no es candidato para trasplante o el trasplante no es viable actualmente, b) recuento de plaquetas mayor de o igual a 50 x 10^9/l, c) presencia de esplenomegalia sintomática o síntomas constitucionales, O ii) los dos siguientes: a) El paciente no es candidato para trasplante o el trasplante no es viable actualmente, b) recuento de plaquetas menor de 50 x 10^9/l, O C) diagnóstico de anemia asociada con mielofibrosis.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ONUREG

Productos Afectados

- Onureg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Leucemia Mieloide Aguda (AML): Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML). El paciente recibió tratamiento previo con un régimen de quimioterapia de inducción intensiva (p. ej., cytarabine + daunorubicin, cytarabine + idarubicin). El paciente logró uno de los siguientes resultados: a) primera remisión completa (CR) o b) remisión completa con recuperación incompleta del recuento sanguíneo (CRi). El paciente no puede realizar una terapia curativa intensiva.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

OPIPZA

Productos Afectados

- Opipza

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Esquizofrenia: Diagnóstico de esquizofrenia. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, (T/C/I) dos de los siguientes: a) aripiprazole (no se requiere contraindicación), b) olanzapine, c) quetiapine IR/ER, d) risperidone, e) clozapine, f) ziprasidone, g) paliperidone o h) asenapine. Trastorno Depresivo Mayor (MDD): Diagnóstico de MDD. Los dos siguientes: a) T/C/I de/a quetiapine IR/ER y b) prueba de o intolerancia a aripiprazole. Autismo: Diagnóstico de irritabilidad asociada con el trastorno autista. Los dos siguientes: a) Prueba de, contraindicación (p. ej., edad) de, o intolerancia a risperidone y b) prueba de o intolerancia a aripiprazole. Síndrome de Tourette: Diagnóstico de síndrome de Tourette. Prueba de o intolerancia a aripiprazole.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

OPSUMIT

Productos Afectados

- Macitentan

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hipertensión arterial pulmonar (PAH): Diagnóstico de PAH. La PAH es sintomática. Uno de los siguientes: A) El diagnóstico de PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho o B) el paciente actualmente está en tratamiento por el diagnóstico de PAH.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	PAH: Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	PAH: año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ORENITRAM

Productos Afectados

- Orenitram
- Orenitram Titration Kit Month 1
- Orenitram Titration Kit Month 2
- Orenitram Titration Kit Month 3

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hipertensión arterial pulmonar (PAH): Diagnóstico de PAH. La PAH es sintomática. Uno de los siguientes: A) El diagnóstico de PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho o B) el paciente actualmente está en tratamiento por el diagnóstico de PAH.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	PAH: Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	PAH: año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ORGOVYX

Productos Afectados

- Orgovyx

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de próstata: Diagnóstico de cáncer de próstata.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ORKAMBI

Productos Afectados

- Orkambi TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ORKAMBI GRANULES

Productos Afectados

- Orkambi PAQUETE

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ORSERDU

Productos Afectados

- Orserdu

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de seno. La enfermedad está avanzada o es metastásica. Uno de los siguientes: a) El paciente es un hombre o b) la paciente es una mujer posmenopáusica, o c) la paciente es una mujer premenopáusica tratada con extirpación quirúrgica o supresión ovárica. La enfermedad es positiva a los receptores de estrógenos (ER). La enfermedad es negativa a los receptores de factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2). Presencia de mutaciones en los receptores de estrógenos (ESR1). La enfermedad ha avanzado después de al menos una línea de terapia endocrina [p. ej., Faslodex (fulvestrant)].
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

OSPHENA

Productos Afectados

- Osphena

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Dispareunia: Diagnóstico de dispareunia de moderada a grave debido a atrofia vulvar y vaginal asociada con la menopausia. Sequedad vaginal: Diagnóstico de sequedad vaginal de moderada a grave debido a atrofia vulvar y vaginal asociada con la menopausia.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

OTEZLA

Productos Afectados

- Otezla

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

OTEZLA XR

Productos Afectados

- Otezla Xr
- Otezla/otezla Xr 28 Day Treatment Initiation Pack

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

OZEMPIC

Productos Afectados

- Ozempic INY. 2mg/3ml, 4mg/3ml, 8mg/3ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

OZEMPIC TABLETA

Productos Afectados

- Ozempic TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	Está excluido si se usa únicamente para la pérdida de peso.
Información Médica Requerida	Diabetes Mellitus (DM): Presentación de registros médicos (p. ej., notas de historias clínicas) que confirmen el diagnóstico de DM tipo 2.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

PANRETIN

Productos Afectados

- Panretin

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Lesiones producidas por sarcoma de Kaposi: Diagnóstico de lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi (KS) relacionado con el SIDA. No se usa cuando se requiere tratamiento sistémico contra el KS (p. ej., más de 10 nuevas lesiones por KS en el mes anterior, linfedema sintomático, KS pulmonar sintomático o compromiso visceral sintomático).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

PEGFILGRASTIM (MEDICAMENTO PREFERIDO)

Productos Afectados

- Neulasta INY. 6mg/0.6ml
- Udenyca

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

PEGINTERFERON ALFA - 2A

Productos Afectados

- Pegasys

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hepatitis B crónica: Diagnóstico de infección por hepatitis B crónica. Hepatitis C crónica: Diagnóstico de infección por hepatitis C crónica. El paciente tiene enfermedad hepática compensada. Uno de los siguientes: a) Se usa en combinación con otro medicamento antiviral contra el virus de la hepatitis C (HCV) (p. ej., Mavyret [glecaprevir-pibrentasvir], ribavirin) O b) los dos siguientes: Se usa como monoterapia Y contraindicación de, o intolerancia a, todos los demás medicamentos antivirales contra el HCV (p. ej., Mavyret [glecaprevir-pibrentasvir], ribavirin).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	HepB, HepC: 48 semanas.
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

PEMAZYRE

Productos Afectados

- Pemazyre

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Colangiocarcinoma: Diagnóstico de colangiocarcinoma. La enfermedad es una de las siguientes: irresecable localmente avanzada, residual macroscópica resecada (R2) o metastásica. Presencia de una fusión de receptores 2 de factores de crecimiento de fibroblastos (FGFR2) u otra reordenación. El paciente ha sido tratado previamente. Neoplasias mieloides/linfoides: Diagnóstico de neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia. Presencia de una reordenación de receptores 1 de factores de crecimiento de fibroblastos (FGFR1).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

PIQRAY

Productos Afectados

- Piqray 200mg Daily Dose
- Piqray 250mg Daily Dose
- Piqray 300mg Daily Dose

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de Seno (BC): Diagnóstico de BC avanzado o metastásico. La enfermedad es positiva a los receptores hormonales (HR) y es negativa al receptor de factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2). Presencia de una o más mutaciones en PIK3CA. Se usa en combinación con fulvestrant. La enfermedad ha avanzado durante o después de un tratamiento endocrino.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

PIRFENIDONE

Productos Afectados

- Pirfenidone CÁP.
- Pirfenidone TAB. 267mg, 801mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

POLIFARMACIA - ACH - AMITRIPTYLINE

Productos Afectados

- Amitriptyline Hydrochloride TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - AMOXAPINE

Productos Afectados

- Amoxapine

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - ATROPINE/DIPHENOXYLATE

Productos Afectados

- Diphenoxylate Hydrochloride/atropine Sulfate

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - BENZTROPINE

Productos Afectados

- Benztropine Mesylate TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - CHLORPROMAZINE

Productos Afectados

- Chlorpromazine Hydrochloride CON.
- Chlorpromazine Hydrochloride TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - CLOMIPRAMINE

Productos Afectados

- Clomipramine Hydrochloride

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - CLOZAPINE

Productos Afectados

- Clozapine TAB. 100mg, 200mg, 25mg, 50mg
- Clozapine Odt
- Versacloz

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - CYCLOBENZAPRINE

Productos Afectados

- Cyclobenzaprine Hydrochloride TAB. 10mg, 5mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - DESIPRAMINE

Productos Afectados

- Desipramine Hydrochloride

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - DICYCLOMINE

Productos Afectados

- Dicyclomine Hcl SOL.
- Dicyclomine Hydrochloride CÁP.
- Dicyclomine Hydrochloride TAB. 20mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - DOXEPIN

Productos Afectados

- Doxepin Hcl CÁP. 75mg
- Doxepin Hcl CON.
- Doxepin Hydrochloride CÁP. 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - HYDROXYZINE

Productos Afectados

- Hydroxyzine Hcl TAB. 50mg
- Hydroxyzine Hydrochloride TAB. 10mg, 25mg
- Hydroxyzine Pamoate CÁP.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - IMIPRAMINE

Productos Afectados

- Imipramine Hcl TAB. 25mg, 50mg
- Imipramine Hydrochloride TAB. 10mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - MECLIZINE

Productos Afectados

- Meclizine Hcl TAB. 12.5mg
- Meclizine Hydrochloride TAB. 25mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - NORTRIPTYLINE

Productos Afectados

- Nortriptyline Hcl CÁP. 25mg, 75mg
- Nortriptyline Hcl SOL.
- Nortriptyline Hydrochloride CÁP. 10mg, 50mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - OLANZAPINE

Productos Afectados

- Olanzapine TAB.
- Olanzapine Odt

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - OLANZAPINE/SAMIDORPHAN

Productos Afectados

- Lybalvi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - OXYBUTYNIN

Productos Afectados

- Oxybutynin Chloride SOL.
- Oxybutynin Chloride TAB. 5mg
- Oxybutynin Chloride Er

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - PAROXETINE

Productos Afectados

- Paroxetine Hcl TAB. 30mg, 40mg
- Paroxetine Hydrochloride SUSP.
- Paroxetine Hydrochloride TAB. 10mg, 20mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - PERPHENAZINE

Productos Afectados

- Perphenazine TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - PROCHLORPERAZINE

Productos Afectados

- Prochlorperazine SUP. 25mg
- Prochlorperazine Maleate TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - PROMETHAZINE

Productos Afectados

- Promethazine Hydrochloride TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - SCOPOLAMINE

Productos Afectados

- Scopolamine PARCHE 72 h, 1mg/3 días

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - SOLIFENACIN

Productos Afectados

- Solifenacin Succinate

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - TOLTERODINE

Productos Afectados

- Tolterodine Tartrate
- Tolterodine Tartrate Er

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POLIFARMACIA - ACH - TRIHEXYPHENIDYL

Productos Afectados

- Trihexyphenidyl Hydrochloride TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	El profesional que receta reconoce los riesgos anticolinérgicos (p. ej., confusión, sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y considerará la posibilidad de reducir la dosis o interrumpir los medicamentos que ya no se justifiquen clínicamente para el paciente.
Restricciones de Edad	Se aplica el requisito de PA a pacientes de 65 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POMALYST

Productos Afectados

- Pomalidomide
- Pomalyst

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Mieloma múltiple (MM): Diagnóstico de MM. Uno de los siguientes: 1) Prueba, contraindicación de, o intolerancia a, uno de los siguientes: a) agente inmunomodulador (p. ej., lenalidomide), b) inhibidor del proteasoma (p. ej., bortezomib), o c) terapia anti-CD38 [p. ej., Darzalex (daratumumab), Sarclisa (isatuximab)], O 2) terapia de inducción para el manejo del síndrome de POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios cutáneos). Sarcoma de Kaposi (KS): Uno de los siguientes: 1) Los dos siguientes: a) Diagnóstico de KS relacionado con el SIDA y b) el paciente está recibiendo actualmente tratamiento con terapia antirretroviral (ART), O 2) los dos siguientes: a) Diagnóstico de KS y b) el paciente es VIH negativo.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

POSACONAZOLE ORAL

Productos Afectados

- Posaconazole Dr

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Profilaxis de Micosis Invasivas (IFI): Se usa como profilaxis de micosis invasivas causadas por Aspergillus o Candida para uno de los siguientes casos: 1) El paciente está en alto riesgo de infecciones debido a una inmunodepresión grave por un trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT) con enfermedad del injerto contra el anfitrión (GVHD) o tipos de cáncer hematológicos con neutropenia prolongada debido a la quimioterapia [p. ej., leucemia mieloide aguda (AML), síndrome mielodisplásico (MDS)] O 2) el paciente ha tenido una micosis anterior que requiere una profilaxis secundaria. Tratamiento de IFI: Se usa como tratamiento de micosis invasivas causadas por Aspergillus.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Profilaxis de IFI: año del plan. Tratamiento de IFI: 3 meses.
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

PREGABALIN IR

Productos Afectados

- Pregabalin CÁP.
- Pregabalin SOL.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Dolor neuropático: Diagnóstico de dolor neuropático asociado con uno de los siguientes casos: a) Neuropatía periférica diabética, o b) lesión en la médula espinal. Convulsiones: Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial. El medicamento se usa como tratamiento complementario. Neuralgia posherpética (PNH): Diagnóstico de PNH. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, gabapentin genérico. Fibromialgia: Diagnóstico de fibromialgia.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

PREVYMIS ORAL

Productos Afectados

- Prevymis PAQUETE
- Prevymis TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Profilaxis de Citomegalovirus (CMV) en el Trasplante Alogénico de Células Madre Hematopoyéticas (HSCT): Se usa para la profilaxis de la infección y la enfermedad por CMV Y el paciente es receptor CMV seropositivo [R+] de un HSCT alogénico. Profilaxis de CMV en el trasplante de riñón: Se usa para la profilaxis de la infección y la enfermedad por CMV. El paciente es receptor CMV seronegativo [R-]. El paciente recibirá un trasplante de riñón de un donante CMV seropositivo [D+].
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Profilaxis del CMV en el HSCT: Recetado por un oncólogo, un hematólogo o un médico con experiencia en el manejo de pacientes de trasplante o un especialista en enfermedades infecciosas, o en consulta con uno de estos. Profilaxis de CMV en el trasplante de riñón: Recetado por un nefrólogo, un médico con experiencia en el manejo de pacientes de trasplante o un especialista en enfermedades infecciosas, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	Profilaxis del CMV en el HSCT: 7 meses. Profilaxis de CMV en el trasplante de riñón: 7 meses.
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

PROMACTA

Productos Afectados

- Eltrombopag Olamine

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

PURIXAN

Productos Afectados

- Mercaptopurine SUSP.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Uno de los siguientes: 1) Historial de contraindicación de, o intolerancia a, las tabletas de mercaptopurine genérica. 2) el paciente no puede tragar una forma de dosificación oral sólida (p. ej., edad, limitación física, disfagia, el paciente está usando una sonda de alimentación o una sonda nasogástrica) O 3) los requisitos de dosificación no se pueden cumplir con una forma de dosificación sólida.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

PYRIMETHAMINE TABLETA

Productos Afectados

- Pyrimethamine TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Profilaxis de la toxoplasmosis primaria, profilaxis de la pulmonía por Pneumocystis jirovecii (PCP) y profilaxis de la cistoisosporiasis secundaria: Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: a) profilaxis de la toxoplasmosis primaria, b) profilaxis de la PCP o c) profilaxis de la cistoisosporiasis secundaria. El paciente ha presentado intolerancia a, o tiene una contraindicación de, trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX). El paciente está inmunodeprimido. Profilaxis de la toxoplasmosis secundaria: Diagnóstico de profilaxis de toxoplasmosis secundaria. El paciente está inmunodeprimido. Tratamiento de la cistoisosporiasis: Diagnóstico de cistoisosporiasis. El paciente ha presentado intolerancia a, o tiene una contraindicación de, TMP-SMX. Para la continuación del tratamiento en el momento del alta hospitalaria (a los pacientes que están saliendo del hospital se les permite continuar con el uso del medicamento y no se aplican otros requisitos de preautorización).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Todas las indicaciones: Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	Todas las indicaciones: Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

PYRUKYND

Productos Afectados

- Pyrukynd
- Pyrukynd Taper Pack

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Inicial: Diagnóstico de anemia hemolítica confirmado por la presencia de hemólisis crónica (p. ej., aumento de la bilirrubina indirecta, elevación de la deshidrogenasa láctica [LDH], disminución de la haptoglobina, aumento del recuento de reticulocitos). Diagnóstico de deficiencia de piruvato cinasa confirmado por pruebas moleculares de TODAS las siguientes mutaciones en el gen PKLR: a) Presencia de al menos 2 alelos variantes en el gen de la piruvato cinasa hepática y de los glóbulos rojos (PKLR), de los cuales al menos 1 era una variante de cambio de sentido Y b) el paciente no es homocigoto para la variante c.1436G a A (p.R479H) Y c) el paciente no tiene 2 variantes sin cambio de sentido (sin la presencia de otra variante de cambio de sentido) en el gen PKLR.La hemoglobina es menor de o igual a 10g/dl. El paciente tiene anemia sintomática o es dependiente de transfusiones. Exclusión de otras causas de anemias hemolíticas (p. ej., infecciones, toxinas, fármacos).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Inicial: Recetado por un hematólogo, o en consulta con uno.
Duración de la Cobertura	Inicial: 6 meses. Reautorización: Año del plan.
Otros Criterios	Reautorización: El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.

Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

QINLOCK

Productos Afectados

- Qinlock

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST): Diagnóstico de tumor estromal gastrointestinal (GIST). Uno de los siguientes: a) enfermedad residual macroscópica (resección R2), b) rotura del tumor, c) enfermedad primaria irresecable, o d) recurrente/metastásica. Uno de los siguientes: a) Historial de avance de la enfermedad con todos los siguientes: imatinib (Gleevec), sunitinib (Sutent) y regorafenib (Stivarga), b) los dos siguientes: historial de avance de la enfermedad con imatinib (Gleevec) e historial de intolerancia a sunitinib (Sutent), o c) todo lo siguiente: mutaciones en el exón 18 de los PDGFRA que son insensibles a imatinib (Gleevec) (incluido PDGFRA D842V), historial de avance de la enfermedad con avapritinib (Ayvakit) e historial de avance de la enfermedad con dasatinib (Sprycel).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

QUETIAPINE ER TABLETAS

Productos Afectados

- Quetiapine Fumarate Er

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Esquizofrenia: Diagnóstico de esquizofrenia. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, uno de los siguientes: a) olanzapine, b) aripiprazole o c) quetiapine IR (no se requiere contraindicación). Trastorno bipolar: Diagnóstico de uno de los siguientes: a) Trastorno bipolar I, episodios maníacos o mixtos, b) trastorno bipolar, episodios depresivos. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, uno de los siguientes: a) olanzapine, b) aripiprazole o c) quetiapine IR (no se requiere contraindicación). Trastorno Depresivo Mayor (MDD): Diagnóstico de MDD. El medicamento se usa como tratamiento complementario con antidepresivos (p. ej., citalopram, fluoxetine, etc.). Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, uno de los siguientes: a) olanzapine, b) aripiprazole o c) quetiapine IR (no se requiere contraindicación).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

QUININE

Productos Afectados

- Quinine Sulfate CÁP. 324mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de malaria o paludismo sin complicaciones y uno de los siguientes: tratamiento en áreas de malaria o paludismo sensible a chloroquine o tratamiento en áreas de malaria o paludismo resistente a chloroquine.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	7 días
Otros Criterios	Malaria o paludismo sensible a chloroquine: Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, chloroquine o hydroxychloroquine.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

RADICAVA ORS

Productos Afectados

- Radicava Ors Starter Kit

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

RELGAABI

Productos Afectados

- Gabapentin CÁP. 200mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

RETEVMO

Productos Afectados

- Retevmo TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC. La enfermedad es una de las siguientes: a) recurrente, b) avanzada o c) metastásica. Presencia de tumores positivos para reordenaciones génicas RET o positivos para la fusión de genes RET. Cáncer de tiroides: Uno de los siguientes: a) Todo lo siguiente: Diagnóstico de cáncer de tiroides medular (MTC), la enfermedad está avanzada o es metastásica, la enfermedad tiene presencia de mutación en el gen RET, Y la enfermedad requiere tratamiento con terapia sistémica, O b) todo lo siguiente: Diagnóstico de cáncer de tiroides, la enfermedad está avanzada o es metastásica, la enfermedad es positiva para la fusión de genes RET, la enfermedad requiere tratamiento con terapia sistémica, Y el paciente es resistente a la terapia con iodo radioactivo o la terapia con iodo radioactivo no es apropiada. Tumores sólidos: Presencia de tumor sólido positivo para reordenaciones génicas RET. La enfermedad es recurrente, está avanzada o es metastásica.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	NSCLC, cáncer de tiroides, tumores sólidos: Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

REVCOVI

Productos Afectados

- Revcovi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de deficiencia de adenosina-desaminasa (ADA) con inmunodeficiencia combinada grave (SCID).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

REVUFORJ

Productos Afectados

- Revuforj

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Leucemia aguda recidivante o resistente al tratamiento: Diagnóstico de leucemia aguda. La enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento. Enfermedad positiva para la translocación del gen de la lisina metiltransferasa 2A (KMT2A). Leucemia mieloide aguda recidivante o resistente al tratamiento: Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML). La enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento. Positiva para la mutación de nucleofosmina 1 (NPM1).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

REZDIFFRA

Productos Afectados

- Rezdiffra

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

REZLIDHIA

Productos Afectados

- Rezlidhia

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML). La enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento. Positivo para una mutación susceptible de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1) (p. ej., R132C, R132H, R132G, R132S, R132L).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

RINVOQ

Productos Afectados

- Rinvoq

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

RINVOQ LQ

Productos Afectados

- Rinvoq Lq

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ROFLUMILAST

Productos Afectados

- Roflumilast

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (inicial): Diagnóstico de EPOC. Historial de exacerbaciones de EPOC que requirieron el uso de corticoesteroides sistémicos (p. ej., prednisone), antibióticos o admisión en el hospital. Prueba de, intolerancia a, o contraindicación de dos tratamientos previos para la EPOC (p. ej., Combivent, Spiriva).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Inicial, reautorización: año del plan
Otros Criterios	EPOC (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ROMVIMZA

Productos Afectados

- Romvimza

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de tumor de células gigantes de la vaina sinovial (TGCT). La resección quirúrgica puede causar un empeoramiento de la limitación funcional o una morbilidad grave.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ROZLYTREK

Productos Afectados

- Rozlytrek

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico. El paciente tiene uno o más tumores positivos a la reordenación del gen ROS1. Tumores sólidos: El paciente tiene tumores sólidos con una fusión génica del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK) (p. ej., ETV6-NTRK3, TPM3-NTRK1, LMNA-NTRK1, etc.). La enfermedad no tiene una mutación por resistencia adquirida conocida (p. ej., sustituciones de TRKA G595R, TRKA G667C o TRKC G623R). La enfermedad es una de las siguientes: metastásica o irresecable (incluidos los casos en que la resección quirúrgica tiene probabilidades de causar una morbilidad grave).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

RUBRACA

Productos Afectados

- Rubraca

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer epitelial de ovario, de trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario recurrente: Diagnóstico de cáncer epitelial de ovario, cáncer de trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario. Se usa para el tratamiento de mantenimiento en pacientes que presentan una respuesta completa o parcial a la quimioterapia a base de platino (p. ej., cisplatin, carboplatin). Presencia de mutación nociva de BRCA. Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC): Diagnóstico de mCRPC. Presencia de mutación nociva de BRCA. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, terapia dirigida a los receptores de andrógenos [p. ej., Erleada (apalutamide), Xtandi (enzalutamide), abiraterone]. Uno de los siguientes: 1) Se usa en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) [p. ej., Lupron (leuprolide), Zoladex (goserelin), Trelstar (triptorelin), Vantas (histrelin), Firmagon (degarelix)], O 2) el paciente recibió una orquiectomía bilateral.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

RUFINAMIDE

Productos Afectados

- Rufinamide SUSP. 40mg/ml
- Rufinamide TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de convulsiones asociadas con el Síndrome de Lennox-Gastaut (LGS). Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, uno de los siguientes: clonazepam/ODT, felbamate, lamotrigine IR o topiramate IR.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Recetado por un neurólogo, o en consulta con uno
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

RYDAPT

Productos Afectados

- Rydapt

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Leucemia Mieloide Aguda (AML): Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML), la AML es positiva a la mutación de la tirosina cinasa 3 similar a FMS (FLT3) y Rydapt se usará en combinación con un tratamiento estándar de inducción y consolidación. Mastocitosis Sistémica Agresiva (ASM), Mastocitosis Sistémica con Neoplasia Hematológica Asociada (SM-AHN), Leucemia de Mastocitos (MCL): Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: mastocitosis sistémica agresiva (ASM), mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada (SM-AHN) o leucemia de mastocitos (MCL).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

SCEMBLIX

Productos Afectados

- Scemblix

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mielógena/mieloide crónica (CML). La enfermedad tiene cromosoma Filadelfia positivo (Ph+) o BCR::ABL1 positivo. La enfermedad está en la fase crónica o la enfermedad está en la fase acelerada.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

SIGNIFOR

Productos Afectados

- Signifor

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Enfermedad de Cushing: Diagnóstico de enfermedad de Cushing endógena (es decir, el hipercortisolismo no es el resultado de la administración crónica de una dosis alta de glucocorticoides). La cirugía de la pituitaria no ha sido curativa para el paciente O el paciente no es candidato para la cirugía de la pituitaria.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

SILDENAFIL

Productos Afectados

- Sildenafil Citrate TAB. 20mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hipertensión arterial pulmonar (PAH): Diagnóstico de PAH. La PAH es sintomática. Uno de los siguientes: A) El diagnóstico de PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho o B) el paciente actualmente está en tratamiento por el diagnóstico de PAH.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	PAH: Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	PAH: año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

SIRTURO

Productos Afectados

- Sirturo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de tuberculosis pulmonar (TB). Reacciones adversas o resistencia a medicamentos estándar usados para tratar la MDR-TB. El paciente tiene tuberculosis por Mycobacterium resistente al menos a rifampin e isoniazid.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	24 semanas
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

SKYCLARYS

Productos Afectados

- Skyclarys

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

SKYRIZI

Productos Afectados

- Skyrizi INY. 150mg/ml, 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml, 55mg/0.37ml
- Skyrizi Pen

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

SOMAVERT

Productos Afectados

- Somavert

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

SORAFENIB

Productos Afectados

- Sorafenib Tosylate TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Carcinoma de células renales (RCC): Diagnóstico de RCC. Carcinoma hepatocelular (HCC): Diagnóstico de HCC. Uno de los siguientes: el paciente tiene enfermedad metastásica, o el paciente tiene una masa tumoral hepática extensa, o el paciente es inoperable debido al estado general o a una comorbilidad (enfermedad local o enfermedad local con afección extrahepática mínima solamente) o las dos condiciones siguientes: a) el paciente no es un candidato para el trasplante y b) la enfermedad es irresecable. Carcinoma de tiroides diferenciado (DTC): Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: a) carcinoma folicular, b) carcinoma oncocítico o c) carcinoma papilar. Uno de los siguientes: enfermedad metastásica, enfermedad recurrente irresecable o enfermedad locorregional persistente. Uno de los siguientes: el paciente tiene enfermedad sintomática o enfermedad progresiva. La enfermedad es resistente al tratamiento con iodo radioactivo (RAI).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

SPRYCEL

Productos Afectados

- Dasatinib

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Leucemia Mieloide Crónica (CML): Diagnóstico de leucemia mieloide crónica (CML). Leucemia Linfoblástica Aguda (ALL): Diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (ALL).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

STARJEMZA

Productos Afectados

- Starjemza INY. 45mg/0.5ml, 90mg/ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

STEQEYMA

Productos Afectados

- Steqeyma INY. 45mg/0.5ml, 90mg/ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

STIVARGA

Productos Afectados

- Stivarga

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer Colorrectal (CRC): Diagnóstico de cáncer colorrectal metastásico o avanzado. Prueba o contraindicación del, o intolerancia al, tratamiento con todos los siguientes: quimioterapia a base de oxaliplatin, quimioterapia a base de irinotecan, quimioterapia a base de fluoropyrimidine y quimioterapia a base de terapia anti-VEGF (p. ej., aflibercept, bevacizumab, ramucirumab). Uno de los siguientes: 1) El tumor tiene el tipo de mutación RAS O 2) el tumor tiene el tipo de mutación RAS natural y prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, una terapia anti-EGFR [p. ej., Erbitux (cetuximab), Vectibix (panitumumab)]. Tumor estromal gastrointestinal (GIST): Diagnóstico de enfermedad residual macroscópica (resección R2), enfermedad primaria irresecable, rotura del tumor o GIST recurrente/metastásico. Uno de los siguientes: 1) El paciente tiene un GIST con deficiencia de succinato deshidrogenasa (SDH) o 2) prueba de, contraindicación de, o intolerancia a imatinib mesylate y sunitinib malate. Carcinoma Hepatocelular (HCC): Diagnóstico de HCC. Se usa como tratamiento de línea subsiguiente ante el avance de la enfermedad.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan

Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

SUNITINIB

Productos Afectados

- Sunitinib Malate

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST): Diagnóstico de GIST. Uno de los siguientes: 1) Historial de avance de la enfermedad con, contraindicación de, o intolerancia a, Gleevec (imatinib), Stivarga (regorafenib), o dosis estándar de Qinlock (ripretinib) o 2) GIST con deficiencia de succinato deshidrogenasa (SDH). Carcinoma de Células Renales (RCC): Diagnóstico de RCC. Uno de los siguientes: 1) Recidiva de la enfermedad, 2) las dos condiciones siguientes: se usa como tratamiento complementario y el paciente tiene un alto riesgo de recidiva después de la nefrectomía o 3) la enfermedad está avanzada. Tumores de Células de los Islotes/Tumores Neuroendocrinos de Páncreas (pNET): Diagnóstico de tumor de células de los islotes/pNET progresivos.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

SYMPAZAN

Productos Afectados

- Sympazan

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Síndrome de Lennox-Gastaut: Diagnóstico de síndrome de Lennox-Gastaut. Se usa para el tratamiento complementario de las convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut. Síndrome de Dravet: Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet (DS). Se usa en combinación con Diacomit.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TABLOID

Productos Afectados

- Tabloid

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide aguda.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TABRECTA

Productos Afectados

- Tabrecta

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC). Uno de los siguientes: a) Presencia de tumores positivos para la mutación por omisión del exón 14 para la transición epitelio-mesenquimal (MET) o b) alto nivel de amplificación de MET en el cáncer de pulmón.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TADALAFIL (HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA [BPH])

Productos Afectados

- Tadalafil TAB. 2.5mg, 5mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	Está excluido si se usa para el tratamiento de la disfunción eréctil solamente.
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hiperplasia prostática benigna. Sexo masculino. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, dos alfabloqueantes del formulario (p. ej. tamsulosin, alfuzosin). 2.5mg de concentración: El paciente tiene insuficiencia renal.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TADALAFIL (PAH)

Productos Afectados

- Alyq
- Tadalafil TAB. 20mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hipertensión arterial pulmonar (PAH): Diagnóstico de PAH. La PAH es sintomática. Uno de los siguientes: A) El diagnóstico de PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho o B) el paciente actualmente está en tratamiento por el diagnóstico de PAH.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	PAH: Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	PAH: año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TAFAMIDIS

Productos Afectados

- Vyndamax

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Amiloidosis relacionada con la transtiretina con cardiomiopatía (ATTR-CM) (inicial): Diagnóstico de amiloidosis relacionada con la transtiretina con cardiomiopatía (ATTR-CM). Uno de los siguientes: 1) Presencia de una mutación en el gen de la transtiretina (TTR) (p. ej., V122I), 2) biopsia de tejido cardíaco o no cardíaco que demuestre confirmación histológica de depósitos de amiloides TTR, O 3) los dos siguientes: i) imágenes por resonancia magnética o gammagrafía cardíacas que sugieran amiloidosis y ii) ausencia de amiloidosis de cadenas ligeras. Documentación de que el paciente tiene insuficiencia cardíaca de Clase I, Clase II o Clase III según la New York Heart Association (NYHA).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	ATTR-CM (inicial): Recetado por un cardiólogo, o en consulta con uno.
Duración de la Cobertura	ATTR-CM (inicial, reautorización): Año del plan
Otros Criterios	ATTR-CM (reautorización): El paciente sigue teniendo insuficiencia cardíaca de Clase I, Clase II o Clase III según la New York Heart Association (NYHA).
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TAFINLAR

Productos Afectados

- Tafinlar

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Melanoma: Diagnóstico de melanoma irresecable o melanoma metastásico Y el cáncer tiene el tipo de mutación BRAFV600. Tratamiento complementario del melanoma: Diagnóstico de melanoma. El cáncer tiene el tipo de mutación BRAF V600E o V600K. Compromiso de ganglios linfáticos después de una resección completa. Se usa como tratamiento complementario. El medicamento se usa en combinación con Mekinist (trametinib). Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas (NSCLC): Todo lo siguiente: diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas Y la enfermedad es una de las siguientes: metastásica, avanzada o recurrente Y el cáncer tiene el tipo de mutación BRAF V600E Y el medicamento se usa en combinación con Mekinist (trametinib). Cáncer de Tiroides Anaplásico (ATC): Diagnóstico de cáncer de tiroides anaplásico. Uno de los siguientes: 1) La enfermedad es una de las siguientes: metastásica, localmente avanzada o irresecable, O 2) el medicamento se receta como tratamiento complementario después de una resección. El cáncer tiene el tipo de mutación BRAF V600E. El medicamento se usa en combinación con Mekinist (trametinib). Tumores sólidos: Presencia de tumor sólido. La enfermedad es irresecable o metastásica. El paciente ha evolucionado durante o después del tratamiento sistémico (p. ej., carboplatin, 5-fluorouracil, paclitaxel). El cáncer tiene el tipo de mutación BRAF V600E. El medicamento se usa en combinación con Mekinist (trametinib). Glioma de escasa malignidad: Diagnóstico de glioma de escasa malignidad. El cáncer tiene el tipo de mutación BRAF V600E. El medicamento se usa en combinación con Mekinist (trametinib).
Restricciones de Edad	N/C

Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TAGRISSO

Productos Afectados

- Tagrisso

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

TALZENNA

Productos Afectados

- Talzenna

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de seno: Diagnóstico de cáncer de seno. La enfermedad es una de las siguientes: a) localmente avanzada o b) metastásica. Presencia de una mutación en la línea germinal de BRCA. Cáncer de próstata: Diagnóstico de cáncer de próstata. La enfermedad tiene mutaciones génicas de HRR. La enfermedad es metastásica y resistente a la castración. Se toma en combinación con Xtandi (enzalutamide). Se usa en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) [p. ej., Lupron (leuprolide), Zoladex (goserelin), Trelstar (triptorelin), Vantas (histrelin), Firmagon (degarelix)] O el paciente se sometió a una orquiectomía bilateral.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TARPEYO

Productos Afectados

- Tarpeyo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

TASIGNA

Productos Afectados

- Nilotinib Hydrochloride

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide crónica.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TASIMELTEON CÁPSULAS

Productos Afectados

- Tasimelteon

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Trastorno del sueño-vigilia diferente de 24 horas: Diagnóstico de trastorno del sueño-vigilia diferente de 24 horas (también conocido como trastorno de curso libre, trastorno del sueño del ritmo circadiano de tipo no reajustado o de curso libre, o síndrome hipernictemeral). Síndrome de Smith-Magenis (SMS): Diagnóstico del Síndrome de Smith-Magenis (SMS). El paciente presenta alteraciones del sueño nocturno (p. ej., dificultad para conciliar el sueño, se despierta frecuentemente por la noche y se despierta temprano).
Restricciones de Edad	SMS: Paciente de 16 años en adelante
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Trastorno del sueño-vigilia diferente de 24 horas, SMS: 6 meses
Otros Criterios	Trastorno del sueño-vigilia diferente de 24 horas: El paciente es totalmente ciego (no tiene ninguna percepción de la luz).
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TAZAROTENE

Productos Afectados

- Tazarotene CREMA 0.1%

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	Todas las indicaciones: Está excluido si el tratamiento tiene fines estéticos.
Información Médica Requerida	Acné vulgar: Diagnóstico de acné vulgar (es decir, acné). Psoriasis: Diagnóstico de psoriasis.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TEPMETKO

Productos Afectados

- Tepmetko

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC). La enfermedad es una de las siguientes: recurrente, avanzada o metastásica. Uno de los siguientes: 1) Tumores positivos para la mutación por omisión del exón 14 para la transición epitelio-mesenquimal (MET) o 2) alto nivel de amplificación de MET.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TERIPARATIDE

Productos Afectados

- Bonsity
- Teriparatide

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

TESTOSTERONE CYPIONATE

Productos Afectados

- Testosterone Cypionate INY. 100mg/ml, 200mg/ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hipogonadismo masculino (HG): Diagnóstico de hipogonadismo primario (congénito o adquirido) o hipogonadismo hipogonadotrópico (congénito o adquirido). Paciente de sexo masculino al nacer.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TESTOSTERONE ENANTHATE

Productos Afectados

- Testosterone Enanthate INY.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hipogonadismo masculino (HG): Diagnóstico de hipogonadismo primario (congénito o adquirido) o hipogonadismo hipogonadotrópico (congénito o adquirido). Paciente de sexo masculino al nacer. Pubertad tardía (DP): Diagnóstico de DP masculina. Paciente de sexo masculino al nacer. Cáncer de seno metastásico: Diagnóstico de cáncer de mama (seno) metastásico (esquelético) en etapa avanzada e inoperable. Paciente de sexo femenino al nacer.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TETRABENAZINE

Productos Afectados

- Tetrabenazine

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Enfermedad de Huntington: Diagnóstico de corea en pacientes con enfermedad de Huntington. Discinesia tardía (TD): Diagnóstico de TD. Uno de los siguientes: 1) El paciente tiene síntomas persistentes de TD a pesar de haber probado una reducción de la dosis, disminución gradual o interrupción del medicamento causal o 2) el paciente no es candidato para probar una reducción de la dosis, disminución gradual o interrupción del medicamento causal. Síndrome de Tourette: El paciente tiene tics asociados con el síndrome de Tourette. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, Haldol (haloperidol).
Restricciones de Edad	TD: Paciente de 18 años en adelante.
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Huntington: Recetado por un neurólogo, o en consulta con uno. TD, Tourette: Recetado por un neurólogo o un psiquiatra, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	Huntington, TD, Tourette: Año del plan.
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TEZSPIRE

Productos Afectados

- Tezspire

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

THALOMID

Productos Afectados

- Thalomid CÁP. 100mg, 50mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Eritema Nodoso Leproso (ENL): Diagnóstico de ENL de moderado a grave. Uno de los siguientes: se usa para el tratamiento agudo O se usa como tratamiento de mantenimiento para la prevención y supresión de manifestaciones cutáneas de la recurrencia del ENL. Mieloma Múltiple (MM): Diagnóstico de MM.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TIBSOVO

Productos Afectados

- Tibsovo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

TOBI PODHALER

Productos Afectados

- Tobi Podhaler

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	N/C
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TOFACITINIB

Productos Afectados

- Tofacitinib Citrate SOL.
- Tofacitinib Citrate TAB.
- Tofacitinib Citrate Er

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

TOLVAPTAN (SAMSCA)

Productos Afectados

- Tolvaptan TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de hiponatremia (euvolemia o hipervolemia) significativa. El tratamiento se ha iniciado o reiniciado en un centro hospitalario antes del alta en los últimos 30 días.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Duración de la autorización: 30 días
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

RETINOIDES TÓPICOS - TRETINOIN

Productos Afectados

- Tretinoin CREMA
- Tretinoin GEL 0.01%, 0.025%
- Tretinoin Microsphere GEL 0.1%

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	Todas las indicaciones: Está excluido si el tratamiento tiene fines estéticos.
Información Médica Requerida	Acné vulgar: Diagnóstico de acné vulgar (es decir, acné).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TREMFYA

Productos Afectados

- Tremfya INY. 100mg/ml, 200mg/2ml
- Tremfya Induction Pack For Crohns Disease/ulcerative Colitis

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

TRIENTINE

Productos Afectados

- Trientine Hydrochloride

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de enfermedad de Wilson (es decir, degeneración hepatolenticular).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TRIKAFTA

Productos Afectados

- Trikafta

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

TRULICITY

Productos Afectados

- Trulicity

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	Está excluido si se usa únicamente para la pérdida de peso.
Información Médica Requerida	Diabetes Mellitus (DM): Presentación de registros médicos (p. ej., notas de historias clínicas) que confirmen el diagnóstico de DM tipo 2.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TRUQAP

Productos Afectados

- Truqap TAB. 200mg
- Truqap PAQ. DE TRAT. EN TAB. 160mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

TUKYSA

Productos Afectados

- Tukysa

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de seno: Diagnóstico de cáncer de seno. La enfermedad es una de las siguientes: a) irresecable avanzada o b) metastásica. La enfermedad es positiva a los receptores de factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2). Se usa en combinación con trastuzumab y capecitabine. La paciente ha sido tratada previamente con un régimen con medicamentos contra el HER2 (p. ej., trastuzumab, pertuzumab, ado-trastuzumab emtansine) en la zona de metástasis. Cáncer colorrectal: Diagnóstico de cáncer colorrectal (HER2-amplificado y RAS y BRAF natural). La enfermedad es positiva a HER2. La enfermedad es una de las siguientes: a) avanzada, b) irresecable, c) metastásica. Uno de los siguientes: a) el paciente fue tratado anteriormente con uno de los siguientes regímenes: i) quimioterapia a base de fluoropyrimidine, ii) quimioterapia a base de oxaliplatin, iii) quimioterapia a base de irinotecan o b) el paciente no es apto para el tratamiento intensivo. Se usa en combinación con trastuzumab.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TURALIO

Productos Afectados

- Turalio CÁP. 125mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Tumor de Células Gigantes de la Vaina Sinovial (TGCT): Diagnóstico de TGCT. El paciente es sintomático. El paciente no es candidato para la cirugía debido al empeoramiento de la limitación funcional o morbilidad grave con extirpación quirúrgica.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TYENNE SC

Productos Afectados

- Tyenne INY. 162mg/0.9ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Artritis Reumatoide (RA) (inicial): Diagnóstico de RA de moderada a gravemente activa. Uno de los siguientes: 1) Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, (T/C/I) dos de los siguientes: Enbrel (etanercept), un producto de adalimumab del formulario, Rinvoq (upadacitinib) o tofacitinib, O 2) para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días. Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (SJIA) (inicial): Diagnóstico de SJIA activa. Artritis Idiopática Juvenil Poliarticular (PJIA) (inicial): Diagnóstico de PJIA activa. Uno de los siguientes: 1) T/C/I de/a dos de los siguientes: Enbrel (etanercept), un producto de adalimumab del formulario, Rinvoq/Rinvoq LQ, tofacitinib O 2) para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días. Arteritis de Células Gigantes (GCA) (inicial): Diagnóstico de GCA.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	RA, SJIA, PJIA, GCA (inicial): Recetado por un reumatólogo, o en consulta con uno.
Duración de la Cobertura	RA, SJIA, PJIA, GCA (inicial, reautorización): Año del plan
Otros Criterios	RA, SJIA, PJIA, GCA (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

TYMLOS

Productos Afectados

- Tymlos

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

VALCHLOR

Productos Afectados

- Valchlor

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Linfoma de linfocitos T cutáneo de tipo micosis fungoide (MF-CTCL): Los dos siguientes: 1) diagnóstico de Etapa IA de MF-CTCL O diagnóstico de Etapa IB de MF-CTCL Y 2) el paciente recibió al menos un tratamiento previo dirigido a la piel (p. ej., corticoesteroides tópicos [p. ej., clobetasol propionate, fluocinonide], bexarotene gel tópico [Targretin gel tópico], etc.).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VALTOCO

Productos Afectados

- Valtoco 10mg Dose
- Valtoco 15mg Dose
- Valtoco 20mg Dose
- Valtoco 5mg Dose

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Epilepsia: Diagnóstico de epilepsia. Ataques convulsivos frecuentes (p. ej., episodios de crisis epilépticas, convulsiones repetitivas agudas) que son diferentes del patrón de convulsiones habitual del paciente.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VANDETANIB

Productos Afectados

- Caprelsa

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de tiroides: Diagnóstico de cáncer de tiroides medular.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VANFLYTA

Productos Afectados

- Vanflyta

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Leucemia Mieloide Aguda (AML): Diagnóstico de AML. La enfermedad es positiva a la duplicación interna en tándem (ITD) del gen FLT3. Vanflyta se usará en combinación con la inducción estándar con cytarabine y anthracycline y la consolidación con cytarabine, y como monoterapia de mantenimiento después de la quimioterapia de consolidación.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VAXCHORA

Productos Afectados

- Vaxchora

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	La vacuna se usa para la inmunización activa contra la enfermedad causada por Vibrio cholerae serogrupo O1. El paciente viajará a una zona afectada por el cólera. De 2 a 64 años de edad.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	3 meses
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VELSIPITY

Productos Afectados

- Velsipity

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

VENCLEXTA

Productos Afectados

- Venclexta
- Venclexta Starting Pack

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Leucemia linfocítica crónica (CLL)/Linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL): Diagnóstico de CLL o SLL. Leucemia Mieloide Aguda (AML): Uno de los siguientes: 1) Diagnóstico de AML diagnosticada recientemente Y el medicamento se usa en combinación con uno de los siguientes: azacitidine, decitabine, cladribine, fludarabine, idarubicin o cytarabine, Y uno de los siguientes: a) se usa como tratamiento para la terapia de inducción, b) se usa como seguimiento después de la terapia de inducción, o c) se usa como terapia de consolidación como continuación de un régimen de menor intensidad usado para la inducción, 2) diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML) recidivante o resistente al tratamiento Y el medicamento se usa en combinación con uno de los siguientes: cladribine, cytarabine, decitabine, fludarabine o idarubicin, o 3) diagnóstico de neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (BPDCN) - leucemia mieloide aguda (AML) Y el medicamento se usa en combinación con azactidine o decitabine.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan

Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VERQUVO

Productos Afectados

- Verquvo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

VERZENIO

Productos Afectados

- Verzenio

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de seno avanzado, recurrente o metastásico: Diagnóstico de cáncer de seno avanzado, recurrente o metastásico. La enfermedad es positiva a los receptores hormonales (HR) y es negativa al receptor de factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2). Uno de los siguientes: a) se usa en combinación con un inhibidor de la aromatasa (p. ej., anastrozole, letrozole, exemestane), O b) se usa en combinación con Faslodex (fulvestrant) O c) se usa como monoterapia y la enfermedad ha avanzado después del tratamiento endocrino y el paciente ya ha recibido al menos un régimen previo de quimioterapia. Cáncer de seno en etapa inicial: Diagnóstico de cáncer de seno en etapa inicial en alto riesgo de recidiva. La enfermedad es positiva a los receptores hormonales (HR). La enfermedad es negativa a los receptores de factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2). Se usa en combinación con uno de los siguientes tratamientos endocrinos: 1) tamoxifen o 2) inhibidor de la aromatasa (p. ej., anastrozole, letrozole, exemestane).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VIGABATRIN

Productos Afectados

- Vigabatrin

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Convulsiones Parciales Complejas (CPS): Para uso como tratamiento complementario. Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, (T/C/I) dos antiepilépticos del formulario [p. ej., Lamictal (lamotrigine), Depakene (valproic acid), Dilantin (phenytoin)]. Espasmos Infantiles (IS): Diagnóstico de espasmos infantiles.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VIGAFYDE

Productos Afectados

- Vigafyde

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de espasmos infantiles. Prueba de o intolerancia a vigabatrin genérica.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VILAZODONE TABLETA

Productos Afectados

- Vilazodone Hydrochloride

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (MDD): Prueba de, contraindicación de, o intolerancia a, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina/inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SSRI/SNRI) indicado para el MDD (p. ej., sertraline en tabletas, escitalopram, venlafaxine).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan.
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VITRAKVI

Productos Afectados

- Vitrakvi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

VONJO

Productos Afectados

- Vonjo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Uno de los siguientes: A) Los dos siguientes: 1) Al paciente se le diagnosticó una de las siguientes enfermedades: a) Mielofibrosis primaria, b) mielofibrosis después de policitemia vera o c) mielofibrosis después de trombocitopenia esencial, y 2) uno de los siguientes: a) Los dos siguientes: i) El paciente tiene mielofibrosis sintomática de menor riesgo y ii) el paciente tiene un recuento de plaquetas menor de 50 x 10^9/l o b) uno de los siguientes: i) El paciente tiene los dos siguientes: mielofibrosis de mayor riesgo Y un recuento de plaquetas menor de 50 x 10^9/l o ii) el paciente tiene todo lo siguiente: mielofibrosis de mayor riesgo Y esplenomegalia sintomática o síntomas constitucionales, Y un recuento de plaquetas mayor de o igual a 50 x 10^9/l, O B) el medicamento se usa para el tratamiento de la anemia asociada a la mielofibrosis, O C) los dos siguientes: 1) Diagnóstico de neoplasia mieloproliferativa acelerada o blástica y 2) el medicamento se usa para la esplenomegalia y otros síntomas relacionados con la enfermedad en uno de los siguientes: a) Se continúa cerca del inicio de la terapia de acondicionamiento de los candidatos para trasplante, o b) paliación en combinación con agentes hipometilantes (p. ej., azacitidine o decitabine) como terapia de transición antes del trasplante, o si no es candidato para el trasplante.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C

Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VORANIGO

Productos Afectados

- Voranigo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de astrocitoma u oligodendroglioma. Presencia de una mutación de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1) o de isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2). Historial de algo de lo siguiente: a) Biopsia, b) resección subtotal o c) resección macroscópica total.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VORICONAZOLE INYECCIÓN

Productos Afectados

- Voriconazole INY. 200mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Aspergilosis invasiva: Diagnóstico de aspergilosis invasiva (IA). Candidemia: Diagnóstico de candidemia. Uno de los siguientes: (1) el paciente no está neutropénico o (2) la infección está localizada en la piel, el abdomen, un riñón, la pared vesical o en heridas. Candidiasis esofágica: Diagnóstico de candidiasis esofágica. Micosis: Diagnóstico de infección micótica causada por Scedosporium apiospermum (forma asexual de Pseudallescheria boydii) o Fusarium spp., incluido Fusarium solani. Para fusariosis: El paciente es intolerante o resistente a otro tratamiento (p. ej., liposomal amphotericin B, amphotericin B lipid complex).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	12 semanas
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VOSEVI

Productos Afectados

- Vosevi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Se aplicarán criterios acordes con las pautas vigentes de AASLD/IDSA. Todos los pacientes: Diagnóstico de hepatitis C crónica, el paciente está sin enfermedad hepática descompensada (definida como Child-Pugh clase B o C) y el paciente no está recibiendo Vosevi en combinación con otro agente antiviral de acción directa contra el HCV [p. ej., Harvoni, Zepatier].
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	De 12 a 24 semanas. Se aplicarán criterios acordes con las pautas vigentes de AASLD/IDSA.
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VOTRIENT

Productos Afectados

- Pazopanib Hydrochloride TAB. 200mg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Carcinoma de Células Renales (RCC): Diagnóstico de RCC. Sarcoma de tejido blando (STS): Diagnóstico de STS avanzado.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VOWST

Productos Afectados

- Vowst

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de infección recurrente por clostridioides difficile (CDI) definida por los dos siguientes: 1) Presencia de diarrea definida como la evacuación de 3 o más deposiciones blandas en un período de 24 horas durante dos días consecutivos, y 2) una prueba de heces positiva para la toxina C. difficile o C. difficile toxigénica. El paciente tiene historial de uno o más episodios recurrentes de CDI en un plazo no mayor de 12 meses. Todo lo siguiente: 1) El paciente ha finalizado al menos 10 días consecutivos de uno de los siguientes tratamientos con antibióticos de 2 a 4 días antes de iniciar Vowst: vancomycin oral o Dificid (fidaxomicin), 2) el paciente ha finalizado o planea finalizar el tratamiento recomendado de citrato de magnesio el día anterior y al menos 8 horas antes de iniciar Vowst, y 3) el episodio previo de CDI está bajo control (p. ej., menos de 3 deposiciones sin forma/blandas [es decir, tipo 6 o 7 en la Escala de Heces de Bristol] al día durante 2 días consecutivos).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Recetado por un gastroenterólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	14 días
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

VYVGART

Productos Afectados

- Vyvgart Hytrulo INY. 1,000mg/5ml; 10,000 unidades/5ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

WEGOVY

Productos Afectados

- Wegovy INY.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

WEGOVY TABLETAS

Productos Afectados

- Wegovy TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

WELIREG

Productos Afectados

- Welireg

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

WINREVAIR

Productos Afectados

- Winrevair

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Hipertensión arterial pulmonar (PAH): Diagnóstico de PAH. La PAH es sintomática. El paciente está recibiendo actualmente al menos dos terapias indicadas para el tratamiento de la PAH con los siguientes mecanismos de acción diferentes, a menos que haya una contraindicación de, o intolerancia a: a) Antagonistas de los receptores de endotelina (es decir, Bosentan, ambrisentan o macitentan) y b) inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (es decir, Tadalafil o sildenafil).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

XALKORI

Productos Afectados

- Xalkori

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas (NSCLC): Diagnóstico de NSCLC. Linfoma Anaplásico de Células Grandes (ALCL): Diagnóstico de ALCL sistémico. La enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento. El tumor tiene el gen cinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivo. Tumor Miofibroblástico Inflamatorio (IMT): Diagnóstico de IMT. El tumor tiene el gen cinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivo.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

XATMEP

Productos Afectados

- Xatmep

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

XERMELO

Productos Afectados

- Xermelo

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Inicial: Diarrea en el síndrome carcinoide. La diarrea no se controla adecuadamente con el tratamiento de una dosis estable de un análogo de la somatostatina (SSA) (p. ej., octreotide, lanreotide) durante al menos 3 meses. El medicamento se usa en combinación con el tratamiento con SSA.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Inicial: Recetado por un oncólogo, un endocrinólogo o un gastroenterólogo, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	Inicial: 6 meses. Reautorización: año del plan.
Otros Criterios	Reautorización: El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento. Se seguirá usando en combinación con el tratamiento con SSA.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

XIFAXAN

Productos Afectados

- Xifaxan

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

XOLAIR

Productos Afectados

- Xolair

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

XOLREMDI

Productos Afectados

- Xolremdi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Inicial: Diagnóstico del síndrome de WHIM (verrugas, hipogammaglobulinemia, infecciones y mielocatexis). El paciente tiene una variante confirmada del genotipo CXCR4. El paciente tiene un recuento absoluto de neutrófilos (ANC) menor de o igual a 500 células/microlitro.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Inicial: Recetado por uno de los siguientes o en consulta con uno de ellos: dermatólogo, inmunólogo, hematólogo, genetista o alergista.
Duración de la Cobertura	Inicial: 6 meses. Reautorización: Año del plan
Otros Criterios	Reautorización: El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

XOSPATA

Productos Afectados

- Xospata

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML). La AML es positiva a la mutación de la tirosina cinasa 3 similar a FMS (FLT3). Uno de los siguientes: a) Se usa como inducción de tratamiento de baja intensidad cuando el paciente no es candidato para la terapia de inducción intensiva, b) seguimiento después de la terapia de inducción con respuesta a una terapia previa de menor intensidad con el mismo régimen, c) después de un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas y en remisión, d) la enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento, o e) terapia de consolidación como continuación de un régimen de baja intensidad que se usa para la inducción en pacientes con AML de riesgo desfavorable.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

XPOVIO

Productos Afectados

- Xpovio
- Xpovio 60mg Twice Weekly
- Xpovio 80mg Twice Weekly

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Mieloma Múltiple (MM): Diagnóstico de mieloma múltiple. El paciente recibió al menos un tratamiento previo (p. ej., lenalidomide, bortezomib, daratumumab, pomalidomide). Se usa en combinación con uno de los siguientes: bortezomib y dexamethasone, daratumumab y dexamethasone, o carfilzomib y dexamethasone. Mieloma Múltiple Recidivante/Resistente al Tratamiento (RRMM): Diagnóstico de mieloma múltiple recidivante o resistente al tratamiento (RRMM). El paciente recibió al menos cuatro tratamientos previos (p. ej., lenalidomide, bortezomib, daratumumab, pomalidomide). La enfermedad es resistente a todo lo siguiente: 1) Dos inhibidores del proteasoma (p. ej., bortezomib, carfilzomib), 2) dos agentes inmunomoduladores (p. ej., lenalidomide, thalidomide), y 3) un anticuerpo monoclonal anti-CD38 (p. ej., daratumumab). Se usa en combinación con dexamethasone. Linfoma difuso de linfocitos B grandes (DLBCL): Diagnóstico de una de las siguientes enfermedades: 1) DLBCL recidivante o resistente al tratamiento no especificado de otra manera O 2) DLBCL recidivante o resistente al tratamiento que surge del linfoma folicular. El paciente ha recibido al menos dos líneas de tratamiento sistémico (p. ej., CHOP: cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine y prednisone más rituximab).
Restricciones de Edad	N/C

Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

XTANDI

Productos Afectados

- Xtandi

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Cáncer de próstata (PC): Diagnóstico de cáncer de próstata. Uno de los siguientes: 1) La enfermedad es resistente a la castración, 2) la enfermedad cumple las dos condiciones siguientes: a) Metastásica y b) sensible a la castración, o 3) la enfermedad es todo lo siguiente: a) No metastásica, b) sensible a la castración, c) recurrente y d) en alto riesgo de metástasis. Uno de los siguientes: 1) Se usa en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) [p. ej., Lupron (leuprolide), Zoladex (goserelin), Trelstar (triptorelin), Vantas (histrelin), Firmagon (degarelix)] o 2) el paciente se sometió a una orquiectomía bilateral.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

YESINTEK

Productos Afectados

- Yesintek INY. 45mg/0.5ml, 90mg/ml

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ZEJULA

Productos Afectados

- Zejula TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ZELBORAF

Productos Afectados

- Zelboraf

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Melanoma: Diagnóstico de melanoma metastásico o irresecable. El paciente resulta positivo a la mutación BRAF V600. Enfermedad de Erdheim-Chester: Diagnóstico de enfermedad de Erdheim-Chester Y la enfermedad tiene el tipo de mutación (MT) BRAFV600.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ZENBEXUS

Productos Afectados

- Zenbexus

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

ZOKINVY

Productos Afectados

- Zokinvy

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Uno de los siguientes: 1) Diagnóstico de síndrome de progeria, de Hutchinson-Gilford, O 2) para el tratamiento de las laminopatías progeroides deficientes en procesamiento con una de las siguientes mutaciones: i) Mutación LMNA heterocigota con acumulación de proteína similar a la progerina O ii) mutaciones ZMPSTE24 homocigotas o heterocigotas compuestas. El paciente tiene un área de superficie corporal de 0.39m2 y más.
Restricciones de Edad	Paciente de 12 meses de vida en adelante.
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	N/C
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ZOLINZA

Productos Afectados

- Zolinza

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Linfoma de linfocitos T cutáneo (CTCL): Diagnóstico de CTCL. El paciente tiene enfermedad progresiva, persistente o recurrente durante o después de dos tratamientos sistémicos [p. ej., Adcetris (brentuximab vedotin), bexarotene, interferon gamma-1b, methotrexate, Poteligeo (mogamulizumab), romidepsin].
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ZORYVE

Productos Afectados

- Zoryve CREMA

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Zoryve 0.3% Psoriasis en placas (PsO) (inicial): Diagnóstico de PsO. Duración mínima de una prueba de 4 semanas de, contraindicación de, o intolerancia a, uno de los siguientes tratamientos tópicos: corticoesteroides (p. ej., betamethasone, clobetasol), análogos de la vitamina D (p. ej., calcitriol, calcipotriene), tazarotene, inhibidores de la calcineurina (p. ej., tacrolimus, pimecrolimus), análogo de la vitamina D/corticoesteroide (p. ej., Enstilar, Taclonex), o Duobrii (halobetasol/tazarotene). Zoryve 0.05%, 0.15% Dermatitis atópica (AD) (inicial): Diagnóstico de AD de leve a moderada. Prueba de un suministro mínimo de 30 días (suministro de 14 días para corticoesteroides tópicos), contraindicación de, o intolerancia a, uno de los siguientes: corticoesteroide tópico de una potencia media a más alta, pimecrolimus crema o tacrolimus ungüento.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	PsO (inicial): Recetado por un dermatólogo, o en consulta con uno. AD (inicial): Recetado por un dermatólogo, un alergista o un inmunólogo, o en consulta con uno de estos.
Duración de la Cobertura	PsO, AD (inicial, reautorización): Año del plan.
Otros Criterios	PsO, AD (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ZORYVE ESPUMA

Productos Afectados

- Zoryve ESPUMA

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Dermatitis Seborreica (SD) (inicial): Diagnóstico de SD. Duración mínima de una prueba de 4 semanas de, contraindicación de, o intolerancia a, (T/C/I) uno de los siguientes tratamientos tópicos genéricos: corticoesteroides (p. ej., betamethasone, clobetasol), antimicóticos (p. ej., ciclopirox, ketoconazole) o inhibidores de la calcineurina (p. ej., tacrolimus). Psoriasis en Placas (PsO) (inicial): Diagnóstico de psoriasis en placas. Duración mínima de una prueba de 4 semanas y T/C/I de/a uno de los siguientes tratamientos tópicos: corticoesteroides (p. ej., betamethasone, clobetasol), análogos de la vitamina D (p. ej., calcitriol, calcipotriene), tazarotene, inhibidores de la calcineurina (p. ej., tacrolimus, pimecrolimus), o uno de los siguientes tratamientos combinados tópicos: análogo de la vitamina D/corticoesteroide (p. ej., Enstilar, Taclonex), o Duobrii (halobetasol/tazarotene).
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	SD, PsO (inicial): Recetado por un dermatólogo, o en consulta con uno.
Duración de la Cobertura	SD, PsO: Año del plan.
Otros Criterios	SD, PsO (reautorización): El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ZTALMY

Productos Afectados

- Ztalmy

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de trastorno por deficiencia de cinasa tipo 5 dependiente de ciclina (CDKL5) (CDD). El paciente tiene una mutación en el gen CDKL5.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Recetado por un neurólogo, o en consulta con uno.
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ZURZUVAE

Productos Afectados

- Zurzuvae

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Depresión Posparto (PPD): Diagnóstico de PPD. Inicio de los síntomas en el tercer trimestre o dentro de las 4 semanas después del parto. El profesional que receta certifica que la paciente ha sido asesorada y ha aceptado cumplir lo siguiente: Seguirá las instrucciones de no conducir ni operar maquinaria hasta al menos 12 horas después de tomar cada dosis de Zurzuvae durante los 14 días de tratamiento. A los pacientes se les informa que es posible que no puedan evaluar su propia capacidad para conducir o el grado de limitación para conducir que causa Zurzuvae.
Restricciones de Edad	PPD: Paciente de 18 años en adelante.
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	14 días
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ZYKADIA

Productos Afectados

- Zykadia TAB.

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	N/C
Criterios de Exclusión	N/C
Información Médica Requerida	Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico, recurrente o avanzado; tumor con cinasa del linfoma anaplásico (ALK) positivo.
Restricciones de Edad	N/C
Restricciones sobre el Profesional que Receta	N/C
Duración de la Cobertura	Año del plan
Otros Criterios	Aprobar para la continuación del tratamiento previo si este se realizó dentro de los últimos 120 días.
Requisito de Tratamiento Previo	Los criterios NO requieren el uso de un medicamento de la Parte D como requisito previo.

ZYMFENTRA

Productos Afectados

- Zymfentra 2 plumas
- Zymfentra 2 jeringas

Criterios de Preautorización (PA)	Detalles de los Criterios
Indicaciones	Pendiente de la revisión de los CMS
Usos Fuera de la Indicación Aprobada	Pendiente de la revisión de los CMS
Criterios de Exclusión	Pendiente de la revisión de los CMS
Información Médica Requerida	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones de Edad	Pendiente de la revisión de los CMS
Restricciones sobre el Profesional que Receta	Pendiente de la revisión de los CMS
Duración de la Cobertura	Pendiente de la revisión de los CMS
Otros Criterios	Pendiente de la revisión de los CMS
Requisito de Tratamiento Previo	Pendiente de la revisión de los CMS

PARTE B EN COMPARACIÓN CON LA PARTE D

Productos Afectados

- Acetylcysteine SOL. PARA INHALACIÓN
- Acyclovir Sodium INY. 50mg/ml
- Albuterol Sulfate PARA NEBUL. 0.083%, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml
- Amphotericin B INY.
- Amphotericin B Liposome
- Arformoterol Tartrate
- Astagraf XL
- Azathioprine TAB. 50mg
- Budesonide SUSP.
- Calcitriol CÁP.
- Calcitriol SOL. ORAL
- Calcium Acetate CÁP.
- Calcium Acetate TAB. 667mg
- Cinacalcet Hydrochloride
- Clinolipid
- Cromolyn Sodium PARA NEBUL.
- Cyclophosphamide CÁP.
- Cyclophosphamide TAB. 50mg
- Cyclosporine CÁP.
- Cyclosporine Modified
- Engerix-b
- Envarsus Xr
- Everolimus TAB. 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg
- Gengraf CÁP. 100mg, 25mg
- Granisetron Hydrochloride TAB.
- Heparin Sodium INY. 10,000 unidades/ml, 1,000 unidades/ml, 20,000 unidades/ml, 5,000 unidades/ml
- Heplisav-b
- Imovax Rabies (h.d.c.v.)
- Intralipid INY. 20g/100ml, 30g/100ml
- Ipratropium Bromide SOL. PARA INHALACIÓN 0.02%
- Ipratropium Bromide/albuterol Sulfate
- Levalbuterol PARA NEBUL.
- Levalbuterol Hcl PARA NEBUL. 0.31mg/3ml, 1.25mg/3ml
- Levalbuterol Hydrochloride PARA NEBUL. 0.63mg/3ml
- Mycophenolate Mofetil CÁP.
- Mycophenolate Mofetil SUSP. RECONSTITUIDA
- Mycophenolate Mofetil TAB.
- Mycophenolic Acid Dr
- Nutrilipid
- Ondansetron Hcl SOL. 4mg/5ml
- Ondansetron Hydrochloride TAB.
- Ondansetron Odt TAB. DISP. 4mg, 8mg
- Paricalcitol CÁP.
- Pentamidine Isethionate SOL. PARA INHALACIÓN
- Plenamine INY. 147.4mEq/l; 2.17g/100ml; 1.47g/100ml; 434mg/100ml; 749mg/100ml; 1.04g/100ml; 894mg/100ml; 749mg/100ml; 1.04g/100ml; 1.18g/100ml; 749mg/100ml; 1.04g/100ml; 894mg/100ml; 592mg/100ml; 749mg/100ml; 250mg/100ml; 39mg/100ml; 960mg/100ml
- Premasol INY. 52mEq/l; 1,760mg/100ml; 880mg/100ml; 34mEq/l; 1,760mg/100ml; 372mg/100ml; 406mg/100ml; 526mg/100ml; 492mg/100ml; 492mg/100ml; 526mg/100ml; 356mg/100ml; 356mg/100ml; 390mg/100ml; 34mg/100ml; 152mg/100ml
- Prograf PAQUETE
- Prosol
- Pulmozyme SOL. 2.5mg/2.5ml
- Rabavert
- Recombivax Hb
- Sevelamer Carbonate

- Sirolimus SOL.
- Sirolimus TAB.
- Tacrolimus CÁP.
- Tobramycin PARA NEBUL. 300mg/5ml
- Travasol INY. 52mEq/l; 1,760mg/100ml; 880mg/100ml; 34mEq/l; 1,760mg/100ml; 372mg/100ml; 406mg/100ml; 526mg/100ml; 492mg/100ml; 492mg/100ml; 526mg/100ml; 356mg/100ml; 500mg/100ml; 356mg/100ml; 390mg/100ml; 34mg/100ml; 152mg/100ml
- Trophamine INY. 0.54g/100ml; 1.2g/100ml; 0.32g/100ml; 0; 0; 0.5g/100ml; 0.36g/100ml; 0.48g/100ml; 0.82g/100ml; 1.4g/100ml; 1.2g/100ml; 0.34g/100ml; 0.48g/100ml; 0.68g/100ml; 0.38g/100ml; 5mEq/l; 0.025g/100ml; 0.42g/100ml; 0.2g/100ml; 0.24g/100ml; 0.78g/100ml

Detalles

Es posible que este medicamento esté cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, tal vez se deba presentar información que describa el uso y el lugar de administración del medicamento.

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

[<OVEX3386715_000>]
N.º de ID del Formulario 00027003
Y0066_130404_093713 CMS Approved